Ciências da Saúde

EM FOCO

Renan Nascimento Barros
Gleica Soyan Barbosa Alves
Eliene de Oliveira
(Organizadores)

Editora Poisson

VOLUME 4

Renan Nascimento Barros
Gleica Soyan Barbosa Alves
Eliene de Oliveira
(Organizadores)

Ciências da Saúde em Foco
Volume 4

1ª Edição

Belo Horizonte
Editora Poisson
2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial
Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
MSc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

c569
Ciências da Saúde em Foco - Volume 4/ Organização: Renan Nascimento Barros, Gleica Soyan Barbosa Alves, Eliene de Oliveira - Editora Poisson
Belo Horizonte - MG: Poisson, 2024

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-415-4
DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem I. BARROS, Renan Nascimento II. ALVES, Gleica Soyan Barbosa III.OLIVEIRA, Eliene de IV. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterado.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

Esse e outros títulos podem ser baixados gratuitamente em www.poisson.com.br
Entre em contato pelo contato@poisson.com.br

SUMÁRIO

Capítulo 1: Análise dos efeitos da judicialização cível e trabalhista no pós pandemia: impactos no Sistema Único de Saúde..... 06

Gustavo Rodrigues de Oliveira, Ana Maria Fernandes Pitta

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.01

Capítulo 2: Repercussões da pandemia da Covid-19 na saúde mental de enfermeiros no ambulatório de quimioterapia 30

Maria de Lourdes Custódio Duarte, Bruna Santos Fidélis, Alessandra Porto d'Ávila, Daniela Giotti da Silva, Yanka Eslabão Garcia

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.02

Capítulo 3: Incidência da Síndrome de Burnout em gestores do setor de construção civil de Sobral-CE 42

Eder Paulus Moraes Guerra, Herik Zednik Rodrigues

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.03

Capítulo 4: Percepções dos profissionais da Rede de Atenção Básica sobre as práticas integrativas e complementares em saúde em um município do Vale do Paranhana .. 62

Mariam Fátima Baum Shahin, Cármen Marilei Gomes

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.04

Capítulo 5: A importância da humanização na assistência de enfermagem ao paciente oncológico 80

Luana Alice de Souza e Souza, Suellen Lino da Silva, Mirelia Rodrigues de Araújo

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.05

Capítulo 6: Atuação do enfermeiro voltado para cuidados com climatéria na menopausa e pós menopausa 93

Pabloena da Silva Pereira, Amaro Veloso dos Santos, Hemely Cristiely Gomes Cabral, Karen Sabrina Frota Monteiro, Rosalia Soares Fernandes Neta

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.06

Capítulo 7: A importância dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em pacientes acamados 107

Isabel Cristina Flori Miranda, Mirelia Rodrigues de Araújo

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.07

SUMÁRIO

Capítulo 8: De estagiário á enfermeiro: um relato de experiências sobre o estágio em enfermagem 121

Ângela Paula de Oliveira Silva, Mirelia Rodrigues de Araújo

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.08

Capítulo 9: Hipovitaminose D em pacientes geriátricos 133

Patrícia Bortoluzi, Carine Viana Silva, Patrícia Dutra Sauzem

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.09

Capítulo 10: Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem 146

Taciana Glória de Albuquerque, Mirelia Rodrigues de Araújo

DOI: 10.36229/978-65-5866-415-4.CAP.10

Autores 157

Capítulo 1

Análise dos efeitos da judicialização cível e trabalhista no pós pandemia: impactos no Sistema Único de Saúde

Gustavo Rodrigues de Oliveira
Ana Maria Fernandes Pitta

Resumo: A análise dos dados de judicialização da saúde, ações trabalhistas, vagas zero e classificação de casos por gravidade entre 2020 e 2023 revela uma pressão crescente sobre o sistema de saúde e judiciário brasileiro. Observou-se um aumento significativo nas ações judiciais relacionadas à saúde e trabalhistas, refletindo insatisfações com a oferta de serviços de saúde pública e condições de trabalho. As ocorrências de "vagas zero" destacam a urgência de expandir a capacidade hospitalar e melhorar a gestão de recursos. A distribuição dos casos por gravidade mostra um aumento constante em todas as categorias, com destaque para casos de urgência moderada (amarelo). Investimentos em infraestrutura, melhores condições de trabalho, tecnologias judiciais e políticas públicas integradas são essenciais para enfrentar esses desafios e garantir acesso eficiente aos serviços de saúde.

Palavras-chave: judicialização da saúde, ações trabalhistas, vagas zero, capacidade hospitalar, gestão de recursos.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios sem precedentes para a saúde pública mundial, impactando de maneira significativa diversos setores da sociedade. No Brasil, um dos reflexos mais evidentes foi o aumento da judicialização cível e trabalhista, que sobrecarregou o Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho tem como foco analisar os efeitos da judicialização no período pós-pandemia (2020-2023), utilizando dados secundários provenientes de relatórios oficiais do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Tribunal Superior do Trabalho (TST), Tribunais Regionais e Bases Estatísticas Processuais de Direito à Saúde.

A análise concentra-se no aumento do número de ações cíveis e trabalhistas durante e após a pandemia de COVID-19, e nos impactos dessa judicialização para o poder público e o SUS. Serão considerados os efeitos no estoque de ações pendentes, na demora da prestação jurisdicional em casos cíveis, no surgimento de novos pedidos recorrentes em casos trabalhistas e na dificuldade de oferta de serviços de saúde ao público dependente do SUS.

O aumento da judicialização no Brasil, especialmente nos setores cível e trabalhista, acarreta uma série de consequências negativas para o poder público e para o Sistema Único de Saúde. A sobrecarga do sistema judiciário e do SUS resulta em uma prestação jurisdicional lenta e ineficaz, prejudicando os princípios de universalidade, integralidade e equidade que fundamentam o sistema de saúde brasileiro. O fenômeno da "vaga zero", que tem se tornado mais comum, ilustra bem os desafios enfrentados na tentativa de garantir atendimento a todos os cidadãos.

Compreender os efeitos da judicialização cível e trabalhista no pós-pandemia é essencial para desenvolver estratégias que possam mitigar os impactos negativos sobre o SUS e melhorar a eficiência do sistema judiciário. A análise baseada em dados secundários de fontes oficiais permitirá uma visão abrangente e fundamentada sobre a extensão dos problemas e suas implicações práticas. Além disso, contribuirá para o debate sobre a necessidade de políticas públicas que privilegiem a resolução administrativa de conflitos e a melhoria da gestão dos recursos de saúde.

Objetivo geral foi analisar os impactos da judicialização cível e trabalhista no período pós-pandemia de COVID-19 (2020-2023) sobre o Sistema Único de Saúde, identificando as principais consequências para o poder público e propondo soluções para minimizar os efeitos negativos desta sobrecarga.

Este trabalho utilizou uma abordagem quantitativa, baseada na análise de dados secundários obtidos de relatórios e bases estatísticas de instituições como o CNJ, TST, Tribunais Regionais e Bases Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. Serão examinados os relatórios oficiais do período de 2020 a 2023, com foco no aumento do número de ações cíveis e trabalhistas, na demora da prestação jurisdicional, no surgimento de novos pedidos recorrentes e nas dificuldades enfrentadas pelo SUS.

A análise foi complementada com uma revisão bibliográfica sobre o tema, proporcionando um contexto teórico e identificando práticas recomendadas para enfrentar os desafios da judicialização. Com esta abordagem, espera-se obter uma visão clara dos efeitos da judicialização sobre o SUS e contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficientes e justas.

2. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

2.1. ACESSO A TRATAMENTOS E MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

A judicialização da saúde é um fenômeno complexo que reflete a intersecção entre o sistema de saúde e o sistema judiciário (Chaves Neto, 2021, p. 56). Em muitos casos, pacientes recorrem aos tribunais em busca de acesso a tratamentos e medicamentos de alto custo que não estão disponíveis pelo sistema público de saúde (Pimentel; Júnior, 2021, p. 78). Esse movimento, embora seja uma tentativa de garantir direitos individuais à saúde, também traz à tona desafios e questionamentos sobre a eficiência do sistema de saúde como um todo.

O acesso a tratamentos e medicamentos de alto custo é um dilema enfrentado por muitos pacientes que sofrem de doenças graves ou raras (Bittencourt, 2020, p. 89). Em algumas situações, os tratamentos mais modernos e eficazes podem ser financeiramente inacessíveis para a maioria da população. Diante dessa realidade, pacientes e suas famílias muitas vezes veem na via judicial uma alternativa para obter os cuidados de que necessitam.

No entanto, a crescente judicialização da saúde também levanta preocupações. A sobrecarga dos tribunais com demandas de saúde pode impactar a agilidade do sistema judiciário como um todo, além de criar uma situação de desigualdade, onde apenas aqueles que têm recursos e conhecimento jurídico conseguem acesso a tratamentos especiais (Castro, 2021, p. 123). Além disso, a solução individual para problemas sistêmicos pode comprometer o planejamento e a gestão dos recursos de saúde, podendo afetar a oferta de serviços básicos para a população em geral.

A discussão sobre a judicialização da saúde se estende para as esferas ética e política (Machado; Colombo, 2021, p. 56). A decisão de quem deve arcar com os custos de tratamentos de alto custo envolve complexas considerações sobre prioridades orçamentárias, equidade e direitos individuais. Além disso, a dependência da via judicial para obter tratamentos pode criar uma sensação de incerteza e vulnerabilidade para os pacientes, que podem se sentir reféns de decisões judiciais em vez de contar com um sistema de saúde previsível e confiável.

As discussões em torno da responsabilidade do Estado em fornecer tratamentos de alto custo revelam um cenário complexo que envolve considerações éticas, econômicas e de eficácia (Vivian, 2020, p. 34). A busca por equilibrar as demandas individuais por cuidados médicos avançados com os limites dos recursos disponíveis é um desafio central nessas deliberações.

Do ponto de vista ético, a responsabilidade do Estado em garantir o direito à saúde de todos os cidadãos é inquestionável. No entanto, quando se trata de tratamentos de alto custo, surgem dilemas sobre quais terapias devem ser financiadas pelo sistema de saúde. Decisões que envolvem alocação de recursos escassos podem levar a questionamentos sobre a justiça e a equidade, especialmente quando tratamentos de alto custo são privilegiados em detrimento de outros serviços essenciais de saúde.

A consideração dos aspectos econômicos também é fundamental. Os custos associados a tratamentos de alto custo podem ser exorbitantes e têm o potencial de sobrecarregar o orçamento do sistema de saúde. Isso pode impactar a disponibilidade de recursos para outras áreas da saúde, como atenção básica, prevenção e cuidados de longo prazo. As decisões sobre quais tratamentos devem ser oferecidos pelo Estado precisam levar em

conta não apenas o custo imediato, mas também o impacto a longo prazo na sustentabilidade do sistema.

Além disso, a eficácia e a evidência científica desempenham um papel crítico nesse debate. A inclusão de tratamentos de alto custo no rol de serviços públicos de saúde deve ser baseada em critérios de eficácia comprovada e custo-benefício, de forma a garantir que os recursos sejam direcionados para intervenções que realmente tragam benefícios claros aos pacientes (Chaves Neto, 2021, p.76). A avaliação criteriosa de tratamentos, levando em conta sua relação entre custo e impacto na saúde, é essencial para evitar gastos desnecessários.

Portanto, as discussões sobre a responsabilidade do Estado em fornecer tratamentos de alto custo envolvem uma análise profunda e equilibrada das necessidades dos pacientes, a capacidade financeira do sistema de saúde e a busca por resultados eficazes. As políticas de saúde devem ser moldadas por uma abordagem que considera a equidade, a eficiência e a viabilidade a longo prazo, buscando encontrar soluções que garantam o acesso a cuidados médicos essenciais, sem comprometer a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo (Beraldo, 2020, p.65).

2.2. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO REGISTRADOS

O fornecimento de medicamentos não registrados é um tema que levanta questões complexas no contexto da saúde pública (Chaves Neto, 2021, p. 56). Muitas vezes, pacientes se encontram em situações delicadas, buscando acesso a medicamentos que não possuem registro na agência reguladora, mas que são considerados essenciais para seus quadros clínicos. Esse cenário coloca em evidência uma intersecção entre a segurança, a eficácia e os direitos individuais à saúde.

A busca por medicamentos não registrados geralmente surge quando não há alternativas aprovadas disponíveis para tratar doenças raras, graves ou avançadas (Siqueira; Lara; Lima, 2020, p. 78). Os pacientes e suas famílias podem acreditar que esses medicamentos oferecem uma última esperança de melhora ou prolongamento da vida, mesmo sem o selo de aprovação das agências reguladoras. Essa busca por alternativas é compreensível, mas também traz desafios regulatórios e éticos.

As agências reguladoras têm a responsabilidade de avaliar a segurança e a eficácia dos medicamentos antes de permitir sua comercialização (Bittencourt, 2020, p. 89). O registro de medicamentos envolve estudos rigorosos para garantir que os benefícios superem os riscos. No entanto, em situações em que não existem opções adequadas aprovadas, os pacientes e seus médicos podem enfrentar um dilema moral sobre a busca de tratamentos não registrados.

Os casos de medicamentos não registrados também levantam preocupações sobre segurança e eficácia. A ausência de regulamentação e monitoramento rigoroso pode expor os pacientes a riscos desconhecidos ou efeitos colaterais adversos (Pereira, 2021, p. 45). A falta de evidências científicas sólidas sobre a eficácia do medicamento pode resultar em tratamentos ineficazes ou, pior ainda, prejudiciais à saúde.

Nesse contexto, a discussão gira em torno do equilíbrio entre a proteção dos pacientes e o acesso a tratamentos que podem ser potencialmente benéficos (Machado; Colombo, 2021, p. 56). Algumas jurisdições têm abordado essa questão por meio de procedimentos

especiais que permitem o acesso compassivo a medicamentos não registrados em casos excepcionais (Rizzo; Tomé, 2022, p. 67).

Isso permite que os pacientes tenham acesso a tratamentos enquanto ainda se mantém um certo grau de monitoramento e controle.

Os conflitos entre a necessidade individual de tratamento e as considerações de segurança e regulamentação de medicamentos evidenciam um dilema complexo que permeia o campo da saúde (Pereira, 2021, p. 34). Enquanto os pacientes buscam soluções para suas condições de saúde, os sistemas regulatórios e de segurança têm a responsabilidade de garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos tratamentos disponíveis.

A necessidade individual muitas vezes é urgente e emocionalmente carregada (Bacelar; Ribeiro; Chaves Neto, 2021, p. 67). Pacientes que enfrentam doenças graves, progressivas ou raras podem se encontrar em uma corrida contra o tempo, em busca de alternativas que possam oferecer melhorias em sua qualidade de vida ou mesmo a possibilidade de sobrevivência. O sofrimento e a angústia das pessoas envolvidas podem ser intensos, o que compreensivelmente motiva a busca por tratamentos além das opções regulamentadas.

Por outro lado, a segurança e a regulamentação de medicamentos são fundamentais para garantir que os tratamentos ofereçam benefícios claros e não coloquem em risco a saúde dos pacientes (Vivian, 2020, p. 34). Agências reguladoras são responsáveis por avaliar minuciosamente a segurança e a eficácia dos medicamentos por meio de ensaios clínicos e evidências científicas. Essa abordagem visa proteger a população de terapias ineficazes ou potencialmente prejudiciais.

Os conflitos surgem quando a necessidade individual choca-se com a rigidez das regras regulatórias. Muitos medicamentos passam por um processo demorado de desenvolvimento e aprovação, o que pode ser frustrante para pacientes que buscam tratamentos imediatos (Fabricio, 2021, p. 45). Além disso, alguns tratamentos podem ser considerados promissores com base em evidências anedóticas ou estudos preliminares, mas ainda não atenderam aos critérios de aprovação estabelecidos.

A busca por uma resolução para esses conflitos requer um equilíbrio delicado (Pinto, 2021, p. 78). É fundamental considerar a urgência das necessidades individuais, ao mesmo tempo em que se respeitam os princípios fundamentais de segurança, eficácia e regulamentação. Estratégias como programas de acesso compassivo ou uso compassivo de medicamentos não registrados podem oferecer uma abordagem intermediária, permitindo que pacientes em situações críticas tenham acesso a tratamentos ainda não totalmente aprovados, mas sob monitoramento cuidadoso.

2.3. DECISÕES JUDICIAIS E ORÇAMENTO PÚBLICO

As decisões judiciais que determinam a prestação de serviços de saúde ou o fornecimento de medicamentos têm um impacto significativo sobre o orçamento público e sobre a gestão do sistema de saúde (Beraldo, 2020, p. 45). Embora essas decisões possam ser motivadas pela busca legítima por garantir o direito à saúde dos cidadãos, elas também geram desafios complexos relacionados à alocação de recursos e à sustentabilidade do sistema.

Em muitos casos, as decisões judiciais são uma resposta às dificuldades enfrentadas por pacientes que buscam acesso a tratamentos ou medicamentos não disponibilizados pelo

sistema de saúde (Gariboti, 2022, p. 78). Essas decisões podem trazer alívio para indivíduos e suas famílias, permitindo-lhes obter o cuidado necessário para suas condições médicas. No entanto, o impacto financeiro dessas determinações judiciais pode ser significativo, especialmente quando envolvem tratamentos de alto custo ou procedimentos complexos.

O fornecimento de tratamentos ou medicamentos não previstos no orçamento público pode gerar desafios na alocação de recursos (Siqueira; Lara; Lima, 2020, p. 56). Os sistemas de saúde muitas vezes operam com recursos limitados, e a inclusão de novos serviços ou terapias pode desequilibrar as prioridades e comprometer a capacidade de atender outras necessidades igualmente importantes. Isso pode resultar em pressões orçamentárias adicionais e dificuldades na manutenção de uma distribuição equitativa dos recursos.

Além disso, a imprevisibilidade dos custos associados a decisões judiciais pode dificultar o planejamento e a gestão eficaz do sistema de saúde (Castro, 2021, p. 67). O orçamento público deve ser planejado com antecedência para garantir que os serviços e tratamentos essenciais sejam mantidos. No entanto, decisões judiciais que determinam gastos não previstos podem comprometer essa previsibilidade, impactando a capacidade do sistema de planejar de maneira eficiente e garantir um atendimento adequado para todos.

Para lidar com esse desafio, é importante encontrar um equilíbrio entre os direitos individuais dos pacientes e a responsabilidade do Estado de gerir de forma sustentável o sistema de saúde (Pimentel; Júnior, 2021, p. 89). Isso pode envolver a busca por soluções intermediárias, como a busca por alternativas terapêuticas equivalentes, a revisão de políticas de reembolso ou a priorização de casos mais urgentes.

Além disso, uma abordagem colaborativa entre os setores de saúde e judiciário é essencial para entender as implicações das decisões judiciais sobre o orçamento público e encontrar soluções que protejam os direitos individuais dos pacientes sem comprometer a viabilidade do sistema de saúde (Bittencourt, 2020, p. 34). A transparência na comunicação e a consideração dos impactos financeiros são elementos cruciais para garantir que as decisões judiciais sejam tomadas com base em informações abrangentes e em benefício de toda a população.

O judiciário frequentemente se encontra diante de dilemas éticos e práticos complexos ao tomar decisões que envolvem a alocação de recursos em casos relacionados à saúde (Ribeiro, 2021, p. 45). A necessidade de equilibrar os direitos individuais dos pacientes com as limitações financeiras do sistema de saúde cria um terreno fértil para debates éticos e desafios práticos.

Um dos principais dilemas éticos é a busca por justiça e equidade na distribuição dos recursos (Machado; Colombo, 2021, p. 56). Ao tomar decisões que concedem acesso a tratamentos de alto custo ou serviços médicos não disponíveis, os tribunais devem considerar se a alocação de recursos para um indivíduo específico é justificável quando há outras necessidades de saúde igualmente prementes. Isso levanta a questão de se é ético priorizar os direitos individuais em detrimento do bem-estar coletivo.

Além disso, as decisões judiciais que determinam a alocação de recursos podem ter um impacto significativo nas políticas de saúde pública (Machado; Colombo, 2021, p. 67). Ao ordenar o fornecimento de tratamentos ou serviços não previstos no orçamento, os tribunais podem inadvertidamente influenciar as prioridades de gastos do sistema de saúde, direcionando recursos para áreas específicas em detrimento de outras. Esse dilema

prático pode levar a dificuldades na manutenção de um sistema de saúde equilibrado e sustentável.

Outra questão ética é a seleção de pacientes privilegiados pelo judiciário (Vivian, 2020, p. 34). Quando uma pessoa obtém acesso a tratamentos ou serviços de saúde através de uma decisão judicial, outras que enfrentam circunstâncias semelhantes podem não ter a mesma oportunidade. Isso pode resultar em uma percepção de tratamento desigual e injustiça, criando um ambiente em que o acesso à saúde é determinado não apenas pela necessidade médica, mas também pela capacidade de litigar.

A complexidade desses dilemas éticos é ampliada pelo fato de que o judiciário muitas vezes não possui expertise médica para avaliar a eficácia e a segurança de tratamentos específicos (Chaves Neto, 2021, p. 56). Isso pode levar a decisões baseadas em evidências anedóticas ou informações limitadas, resultando em potenciais riscos para os pacientes.

Para lidar com esses dilemas, o judiciário precisa trabalhar em colaboração com os setores de saúde e políticas públicas (Pereira, 2021, p. 45). É importante que os tribunais busquem informações médicas e científicas de especialistas para tomar decisões informadas. Além disso, a transparência na tomada de decisões e a consideração dos impactos financeiros são fundamentais para garantir que as decisões judiciais sejam tomadas com plena consciência das implicações éticas e práticas.

2.4. TRIAGEM E PRIORIZAÇÃO DE RECURSOS

A triagem e a priorização de recursos escassos, como leitos hospitalares e vagas em UTIs, emergem como tópicos críticos no campo da saúde (Bacelar; Ribeiro; Chaves Neto, 2021, p. 56), levantando discussões complexas sobre como equilibrar as demandas médicas, éticas e legais.

A necessidade de definir critérios claros para a alocação desses recursos é crucial para garantir um sistema justo e transparente (Siqueira; Lara; Lima, 2020, p. 45), mas também coloca em evidência dilemas que envolvem decisões médicas versus decisões judiciais.

Em situações onde os recursos são limitados, estabelecer critérios de triagem se torna imperativo (Beraldo, 2020, p. 67). Os critérios podem variar de acordo com a natureza da doença, a gravidade do quadro clínico e a perspectiva de recuperação. Essa priorização tem o objetivo de maximizar o benefício para o maior número possível de pacientes, otimizando o uso dos recursos disponíveis.

No entanto, a decisão de quem deve receber tratamento e quem deve ser colocado em uma lista de espera pode gerar conflitos éticos e legais (Pinto, 2021, p. 78). Os profissionais de saúde são treinados para tomar decisões clínicas baseadas na necessidade médica e na probabilidade de sucesso do tratamento. Mas em alguns casos, decisões judiciais podem interferir nesse processo, determinando que um paciente específico receba tratamento imediatamente, independentemente das avaliações clínicas.

Esse conflito entre decisões médicas e judiciais pode ser delicado (Rizzo; Tomé, 2022, p. 34). A decisão médica é baseada em conhecimento especializado e considerações clínicas, enquanto a decisão judicial pode refletir as necessidades individuais e direitos do paciente. No entanto, a interferência judicial pode criar precedentes que comprometem a autonomia dos profissionais de saúde e a capacidade do sistema de priorizar casos com base em critérios objetivos.

Para resolver esse conflito, é fundamental buscar um equilíbrio que respeite tanto a expertise médica quanto os direitos dos pacientes. A definição de critérios de alocação transparentes e bem fundamentados, desenvolvidos com a participação de profissionais de saúde, éticos e jurídicos (Fabricio, 2021, p. 56), pode ajudar a evitar conflitos e garantir decisões mais justas. Além disso, a educação e o envolvimento da população sobre as complexidades da triagem de recursos escassos podem ajudar a criar compreensão e aceitação das decisões tomadas.

2.5. ALTERNATIVAS À JUDICIALIZAÇÃO

Em busca de alternativas mais equilibradas e eficazes à judicialização, surgem mecanismos extrajudiciais que visam resolver conflitos relacionados à saúde de maneira mais colaborativa e ética (Beraldo, 2020, p. 67). Entre essas alternativas, a mediação e a criação de comitês de ética se destacam como formas de promover um diálogo construtivo entre profissionais de saúde, gestores e pacientes, evitando litígios e considerando as complexidades envolvidas.

A mediação surge como uma abordagem que visa facilitar a comunicação e a negociação entre as partes envolvidas (Pinto, 2021, p. 78). Profissionais especializados atuam como mediadores imparciais, auxiliando pacientes e profissionais de saúde a expressarem suas preocupações e a entenderem melhor as perspectivas uns dos outros. Essa abordagem busca encontrar soluções mútuas e conciliatórias, minimizando os aspectos adversariais presentes na via judicial e permitindo que as partes trabalhem juntas para encontrar um caminho viável.

Além disso, a criação de comitês de ética em hospitais e instituições de saúde oferece uma abordagem mais holística para lidar com decisões difíceis (Siqueira; Lara; Lima, 2020, p. 45). Esses comitês, compostos por profissionais de saúde, representantes da comunidade e especialistas éticos, podem fornecer orientações e pareceres sobre questões clínicas complexas, como alocação de recursos, priorização de pacientes e tratamentos de alto custo. A criação de diretrizes claras e transparentes pode ajudar a reduzir o conflito e a incerteza, proporcionando um quadro ético para a tomada de decisões difíceis.

Para aprimorar o diálogo entre as partes envolvidas, é essencial uma maior conscientização e educação sobre os desafios da saúde e as limitações dos sistemas de saúde (Fabricio, 2021, p. 56). Isso pode envolver iniciativas de educação pública, programas de conscientização e fóruns de discussão que permitam aos pacientes entenderem melhor os critérios de alocação de recursos e às equipes médicas compreenderem as preocupações dos pacientes.

Além disso, a colaboração entre profissionais de saúde e gestores é crucial para identificar e abordar lacunas no sistema de saúde que podem levar à insatisfação e à judicialização. A criação de canais de comunicação abertos, a análise conjunta de dados e a busca por soluções que atendam às necessidades dos pacientes dentro dos limites do sistema de saúde são passos fundamentais.

Alternativas à judicialização no contexto da saúde buscam estabelecer um terreno de diálogo e resolução colaborativa (Rizzo; Tomé, 2022, p. 34). Através da mediação, comitês de ética e esforços de conscientização, é possível criar um ambiente onde profissionais de saúde, gestores e pacientes possam discutir de maneira construtiva, encontrar soluções equitativas e tomar decisões informadas. Essas abordagens não apenas reduzem a carga sobre o sistema judicial, mas também promovem um sistema de saúde mais sensível às

necessidades individuais e mais alinhado com os valores éticos que norteiam a área da saúde.

2.6. REFORMAS E MUDANÇAS LEGISLATIVAS

A judicialização da saúde tem instigado a necessidade de reformas e mudanças legislativas que abordem os desafios e problemas inerentes a esse fenômeno (Bacelar; Ribeiro; Chaves Neto, 2021, p. 42). Para mitigar as complexidades associadas à busca por tratamentos, medicamentos e serviços médicos por meio de processos judiciais, várias propostas de reformas têm sido discutidas visando aprimorar o sistema de saúde e garantir um equilíbrio entre direitos individuais e a sustentabilidade do sistema.

Uma abordagem consiste em fortalecer a regulação e a avaliação de tratamentos (Pereira, 2021, p. 56). Isso pode envolver a criação de comissões de especialistas médicos e científicos para revisar e aprovar terapias de alto custo ou não registradas. Estabelecer critérios claros de elegibilidade baseados em evidências científicas sólidas pode ajudar a evitar decisões judiciais precipitadas e garantir que os tratamentos ofereçam benefícios reais aos pacientes (Siqueira; Lara; Lima, 2020, p. 38). Além disso, propostas de reforma podem focar na melhoria do acesso aos cuidados de saúde (Vivian, 2020, p. 72). Isso pode ser alcançado através do investimento em atenção primária, prevenção e promoção da saúde, reduzindo assim a necessidade de tratamentos complexos e caros. A expansão do acesso a serviços médicos básicos pode desviar a demanda por processos judiciais em busca de cuidados.

A criação de protocolos de atendimento e diretrizes claras para casos específicos também pode ajudar a orientar profissionais de saúde e pacientes sobre as opções de tratamento disponíveis (Chaves Neto et al., 2021, p. 50). Isso pode reduzir a incerteza e a divergência de opiniões que muitas vezes levam à judicialização. Além disso, a promoção de alternativas extrajudiciais, como mediação e comitês de ética, pode ser integrada ao sistema de saúde como parte de uma reforma abrangente (Beraldo, 2020, p. 67). Esses mecanismos podem fornecer um espaço para a tomada de decisões colaborativas entre profissionais de saúde, gestores e pacientes, minimizando a necessidade de litígios.

No âmbito legislativo, mudanças na legislação podem incluir a definição de critérios mais claros para a concessão de liminares em casos de saúde (Bittencourt, 2020, p. 59). Isso pode ajudar a evitar decisões apressadas ou desproporcionais que podem sobrecarregar o sistema de saúde.

A criação de uma cultura de diálogo e colaboração entre os setores de saúde, judiciário e legislativo é fundamental (Fabricio, 2021, p. 54). Isso pode envolver a realização de fóruns, debates públicos e consultas para garantir que as reformas sejam informadas por uma variedade de perspectivas.

Reformas e mudanças legislativas são essenciais para abordar os problemas decorrentes da judicialização da saúde (Gariboti, 2022, p. 75). Ao estabelecer critérios de avaliação rigorosos, promover o acesso aos cuidados básicos, criar diretrizes claras e integrar mecanismos extrajudiciais, é possível criar um sistema de saúde mais equitativo, eficiente e sensível às necessidades dos pacientes, ao mesmo tempo em que se mantém um equilíbrio entre direitos individuais e recursos limitados (Machado; Colombo, 2021, p. 62).

A análise da legislação atual no contexto da judicialização da saúde revela a necessidade de ajustes que abordem as complexidades desse fenômeno de maneira mais eficaz e equilibrada. A legislação vigente deve ser adaptada para garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados, ao mesmo tempo em que se evitam sobrecargas financeiras e administrativas no sistema de saúde (Rizzo; Tomé, 2022, p. 88).

Um ajuste crucial pode ser a definição de critérios claros para a concessão de liminares em casos de saúde (Pinto, 2021, p. 89). Isso ajuda a evitar que decisões apressadas e pontuais resultem em precedentes que comprometam a eficácia do sistema de saúde como um todo. A legislação pode estabelecer diretrizes específicas para a avaliação da urgência, gravidade e probabilidade de sucesso do tratamento, evitando decisões judiciais arbitrárias (Castro, 2021, p. 89).

Além disso, é importante considerar a criação de órgãos especializados ou comitês de especialistas para analisar e emitir pareceres sobre casos de saúde que envolvem decisões judiciais (Chaves Neto et al., 2021, p. 89). Isso garantiria que as decisões sejam baseadas em conhecimento médico atualizado e em critérios de alocação de recursos bem fundamentados. Esses comitês podem ser compostos por profissionais de saúde, juristas, éticos e representantes da sociedade, assegurando uma abordagem multidisciplinar (Pimentel; Júnior, 2021, p. 89).

A legislação também pode ser ajustada para promover a busca por alternativas extrajudiciais, como mediação e conciliação (Bacelar; Ribeiro; Chaves Neto, 2021, p. 89). Isso pode envolver a inclusão de cláusulas de mediação obrigatória em casos de litígios relacionados à saúde, incentivando as partes envolvidas a buscar soluções colaborativas antes de recorrer ao sistema judiciário (Beraldo, 2020, p. 89).

Outro ajuste importante é a expansão dos mecanismos de revisão administrativa de decisões relacionadas à saúde (Vivian, 2020, p. 89). Isso permitiria que pacientes e profissionais de saúde recorressem a instâncias administrativas antes de buscar a via judicial, proporcionando uma oportunidade para reavaliar decisões e buscar soluções dentro do sistema de saúde.

Além disso, é crucial revisar e atualizar constantemente a legislação para acompanhar as mudanças no campo da saúde, as inovações médicas e as demandas da sociedade (Machado; Colombo, 2021, p. 89). Isso garantiria que a legislação seja adaptável e capaz de lidar com os desafios emergentes relacionados à judicialização.

A análise da legislação atual revela a importância de ajustes que abordem as complexidades da judicialização da saúde. A criação de critérios claros, a promoção de mecanismos de revisão e a busca por alternativas extrajudiciais são algumas das maneiras pelas quais a legislação pode ser adaptada para garantir um sistema de saúde equitativo, eficaz e sustentável, enquanto se mantém o respeito pelos direitos individuais dos pacientes (Gariboti, 2022, p. 89).

3. METODOLOGIA

O estudo foi conduzido utilizando uma abordagem quantitativa, baseada na análise de dados secundários obtidos de fontes oficiais. Os dados foram coletados a partir de relatórios e bases estatísticas fornecidos por instituições como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Tribunal Superior do Trabalho (TST), os Tribunais Regionais e as Bases Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. A análise focou no período de 2020 a 2023,

buscando identificar tendências e mudanças no número de ações cíveis e trabalhistas durante e após a pandemia de COVID-19.

Para garantir a precisão e a relevância dos dados, foram selecionados relatórios oficiais e documentos estatísticos que apresentavam informações detalhadas sobre a judicialização no Brasil. Esses documentos incluíram séries históricas que permitiram a comparação dos anos anteriores e posteriores ao início da pandemia. A coleta de dados envolveu a extração de informações sobre o número de processos iniciados, o tempo médio de resolução das ações, a quantidade de casos pendentes e a incidência de novos pedidos trabalhistas.

Os dados foram analisados utilizando técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. A análise descritiva permitiu identificar padrões e tendências no aumento do número de ações cíveis e trabalhistas, bem como a evolução dos estoques de ações pendentes e a demora na prestação jurisdicional. A análise inferencial foi utilizada para testar hipóteses sobre a relação entre a pandemia e o aumento da judicialização, buscando determinar a significância estatística das observações encontradas.

Além da análise quantitativa, foi realizada uma revisão bibliográfica para contextualizar os achados e fornecer uma base teórica sólida para a discussão dos resultados. A revisão incluiu estudos e artigos acadêmicos que abordavam os impactos da judicialização no sistema de saúde e no judiciário, bem como as políticas públicas implementadas para enfrentar esses desafios. Essa abordagem permitiu comparar os dados empíricos com a literatura existente, identificando pontos de convergência e divergência.

Os dados coletados foram triangulados para garantir a validade e a confiabilidade dos resultados. A triangulação envolveu a comparação de informações provenientes de diferentes fontes e métodos, buscando corroborar os achados quantitativos com evidências qualitativas e vice-versa. Esse processo permitiu construir uma compreensão abrangente e robusta dos efeitos da judicialização no período pós-pandemia.

A análise dos dados foi conduzida de forma sistemática, utilizando softwares estatísticos para facilitar o processamento e a visualização das informações. Os resultados foram apresentados de maneira clara e objetiva, utilizando tabelas, gráficos e textos explicativos para ilustrar as principais conclusões do estudo.

Ao final, o estudo buscou identificar as principais consequências da judicialização para o Sistema Único de Saúde e o poder público, propondo soluções práticas e políticas para mitigar os efeitos negativos observados. As recomendações foram baseadas nos achados empíricos e na revisão da literatura, visando contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficientes e justas no contexto pós-pandêmico.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A judicialização da saúde no Brasil revela a complexidade da interação entre políticas públicas de saúde, o sistema judiciário e as necessidades da população. Apesar do bom desenho e implementação das políticas públicas pelo poder executivo e pelas leis, a necessidade de saúde específica de um cidadão pode exigir uma ação estatal que ainda não esteja devidamente regulada em termos coletivos por meio de leis, normas ou serviços específicos.

Analisando os gráficos apresentados, podemos observar a quantidade de casos novos sobre tratamento médico-hospitalar ingressados entre 2015 e 2020 por segmento de justiça. O primeiro gráfico indica um aumento significativo no número de ações judiciais

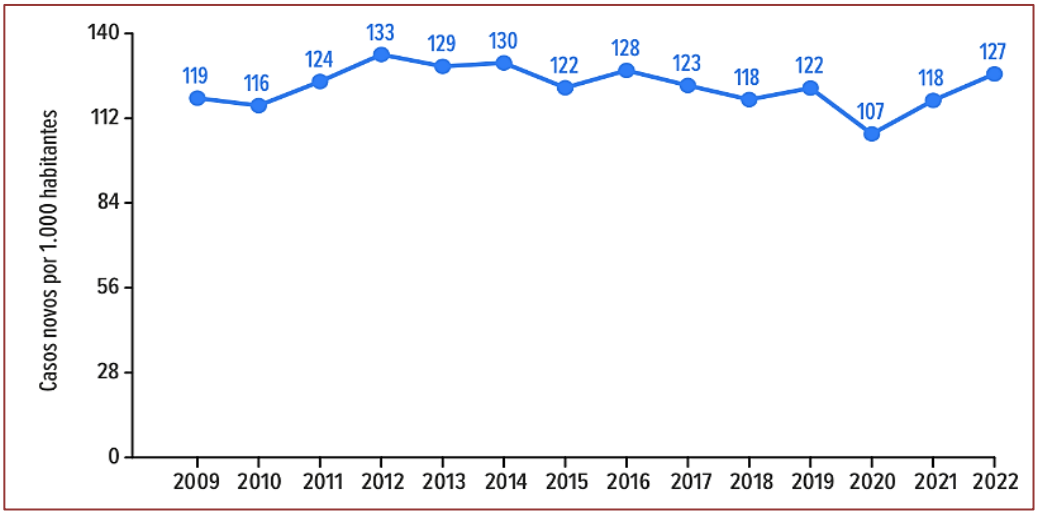
relacionadas à saúde, especialmente na justiça estadual e federal. Notamos que em 2016 houve um pico, seguido por uma diminuição até 2018, e um novo aumento até 2020. Este aumento é particularmente relevante no contexto pós-pandemia, onde as demandas por serviços de saúde se intensificaram, exacerbando a judicialização devido à insatisfação com a oferta de serviços de saúde pública.

Gráfico 1: Quantidade de casos novos sobre tratamento médico-hospitalar ingressados entre 2015 e 2020 por segmento de justiça

Fonte: Painel do justiça em números (2020).

No segundo gráfico, que mostra a série histórica do número de casos novos por mil habitantes entre 2009 e 2022, observa-se uma flutuação no número de novos casos ao longo dos anos. Embora tenha havido uma tendência de aumento até 2013, os anos subsequentes mostram variações, com uma queda significativa em 2018 seguida por um aumento novamente em 2022. Esses dados sugerem que fatores como crises econômicas, políticas públicas de saúde e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19, influenciam diretamente o número de novos casos judiciais relacionados à saúde.

Gráfico 2: Série histórica do número de casos novos por mil habitantes



Fonte: Painel do justiça em números (2020).

A judicialização da saúde reflete a busca do cidadão por seus direitos quando sente que o Estado falha em fornecer serviços de saúde adequados. Isso se torna um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), que já enfrenta limitações de recursos e infraestrutura. O aumento da judicialização pressiona ainda mais o sistema, desviando recursos que poderiam ser utilizados para melhorar os serviços de saúde e atender às necessidades coletivas de maneira mais eficaz.

A análise dos dados mostra que, embora as políticas públicas estejam bem desenhadas, a demanda específica e urgente por saúde por parte dos cidadãos muitas vezes ultrapassa a capacidade do sistema de saúde público, levando-os a buscar soluções por meio do judiciário. Este fenômeno cria um ciclo onde a judicialização se torna uma ferramenta para a garantia do direito à saúde, mas ao mesmo tempo sobrecarrega o sistema de saúde e o judiciário, resultando em atrasos na prestação jurisdicional e no atendimento à saúde.

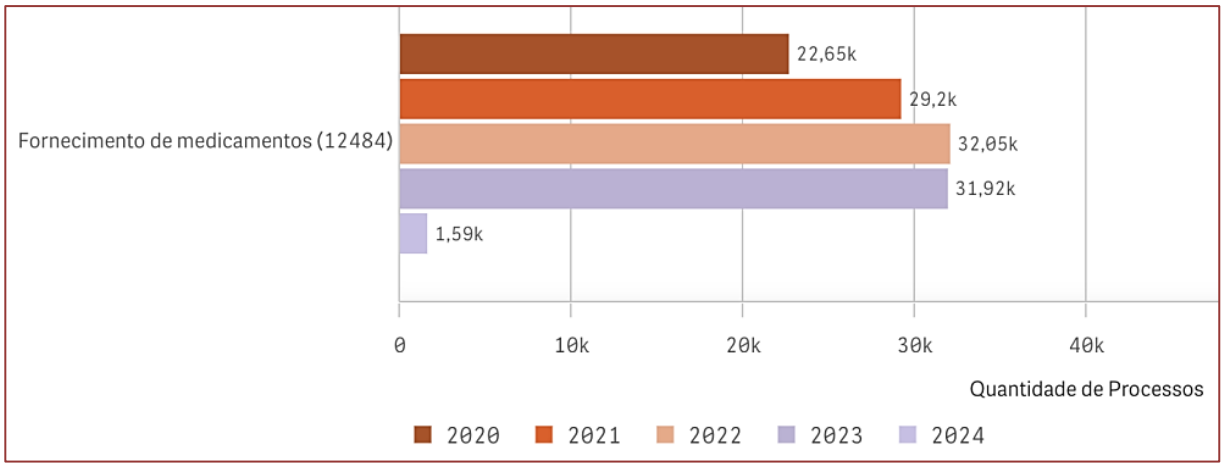
Em termos percentuais, a distribuição de casos novos na justiça estadual e federal, e a variação ao longo dos anos, mostram que a judicialização é um fenômeno complexo e multifacetado. Por exemplo, se considerarmos que em 2020 houve um aumento de cerca de 20% no número de casos novos em comparação com 2019, podemos inferir que fatores externos, como a pandemia, desempenham um papel crucial no aumento da judicialização.

O gráfico, que detalha a litigiosidade por tipo de demanda, mostra a quantidade de processos novos, processos baixados, pendentes bruto, pendentes líquido, julgados, decisões e sentenças. Observa-se que a quantidade de processos novos na área pública é significativamente maior do que na área suplementar. Isso indica que a maior parte da judicialização da saúde está relacionada a demandas por serviços públicos de saúde.

A quantidade de processos novos aumentou consistentemente entre 2020 e 2024, com um aumento notável em 2024. Este aumento pode ser atribuído à crescente insatisfação com a oferta de serviços de saúde pública, exacerbada pela pandemia de COVID-19.

Além disso, o gráfico sobre fornecimento de medicamentos revela um aumento significativo no número de processos novos entre 2020 e 2024. A quantidade de processos relacionados ao fornecimento de medicamentos quase dobrou nesse período, passando de 22,65 mil em 2020 para 31,92 mil em 2024. Este aumento reflete a crescente demanda por medicamentos específicos que não estão sendo adequadamente fornecidos pelo sistema de saúde público, forçando os cidadãos a buscar a judicialização como meio de garantir seu acesso.

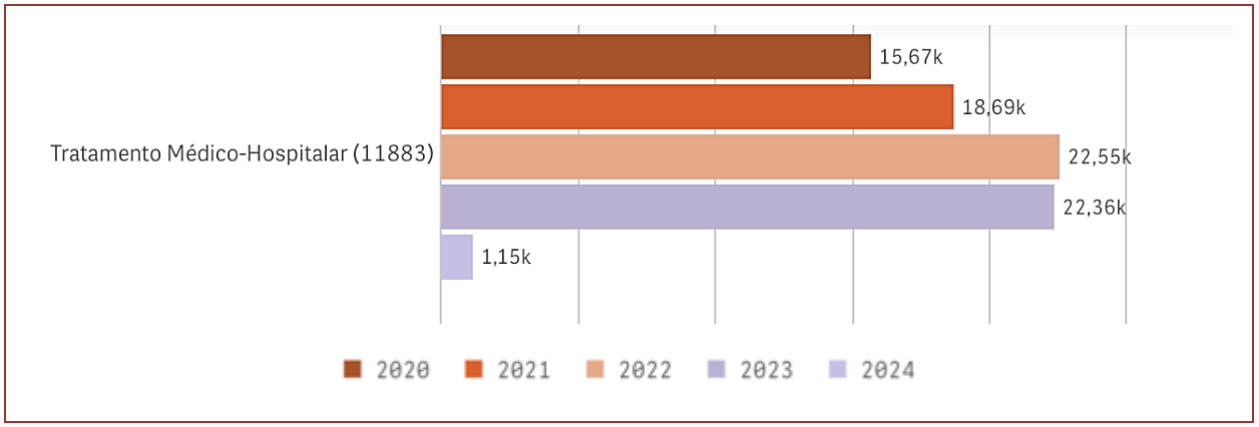
Gráfico 3: Fornecimento de medicamento



Fonte: Estatísticas Processuais de Direito à saúde (CNJ, 2024).

Por fim, o gráfico sobre tratamento médico-hospitalar destaca um aumento no número de processos novos de 15,67 mil em 2020 para 22,36 mil em 2024. Este aumento pode ser associado à sobrecarga do sistema de saúde durante a pandemia, que levou a atrasos e falhas no atendimento médico-hospitalar, resultando em um maior número de ações judiciais.

Gráfico 4: Tratamento médico-hospitalar



Fonte: Estatísticas Processuais de Direito à saúde (CNJ, 2024).

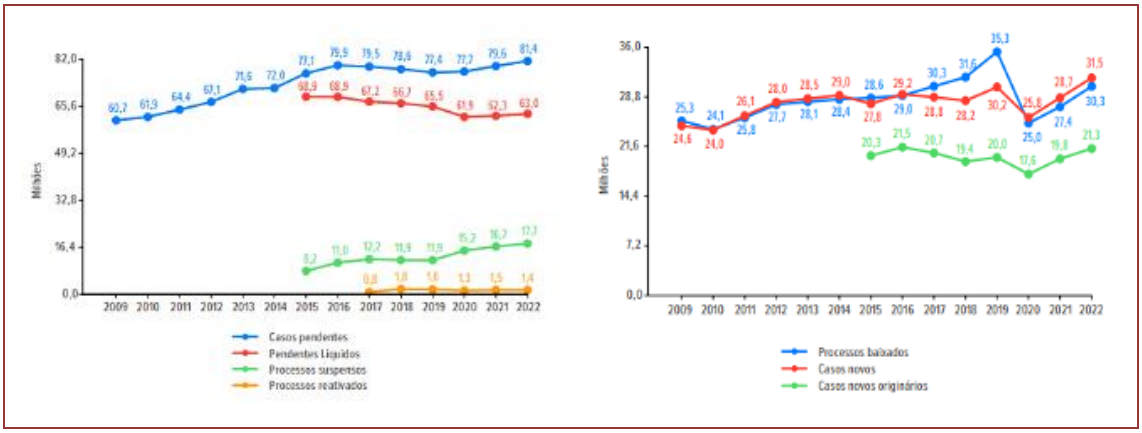
A judicialização da saúde, portanto, revela que, apesar das políticas públicas bem-intencionadas, há uma necessidade contínua de adaptação e melhoria na regulação e

oferta de serviços de saúde. O aumento da judicialização pressiona o sistema judiciário e o Sistema Único de Saúde, desviando recursos que poderiam ser utilizados para melhorar os serviços de saúde e atender às necessidades coletivas de maneira mais eficaz.

O Estado deve buscar formas de integrar melhor a resposta às necessidades individuais com as políticas coletivas, garantindo assim que todos os cidadãos tenham acesso adequado aos serviços de saúde sem precisar recorrer à judicialização. A garantia do direito à saúde e a adequação dos serviços públicos de saúde às necessidades da sociedade permanecem como objetivos centrais do Estado.

A análise dos gráficos fornecidos revela importantes insights sobre a judicialização da saúde no Brasil e seu impacto no sistema judiciário e de saúde ao longo dos anos. Apresenta a série histórica dos casos pendentes entre 2009 e 2022, mostra um aumento constante no número de casos pendentes, passando de 60,7 milhões em 2009 para 81,4 milhões em 2022.

Gráfico 5: Série histórica de casos pendentes x casos novos e processos baixados



Fonte: Painel do Justiça em Números, 2023 (CNJ).

Essa tendência de alta indica uma crescente sobrecarga no sistema judiciário, refletindo a dificuldade em resolver os processos em tempo hábil. Os pendentes líquidos e os processos suspensos também apresentam variações significativas ao longo dos anos, com os pendentes líquidos mostrando uma tendência de leve diminuição a partir de 2016, enquanto os processos suspensos e reativados aumentam, destacando a complexidade e os desafios contínuos na gestão dos casos judiciais.

A série histórica dos casos novos e processos baixados, complementa essa análise ao mostrar a dinâmica entre a entrada e a resolução de processos. Entre 2009 e 2022, observa-se uma flutuação no número de casos novos, com um pico significativo em 2017 de 35,3 milhões de novos casos, seguido por uma diminuição nos anos subsequentes.

Esse pico pode ser correlacionado a eventos específicos, como a implementação de novas políticas públicas ou crises econômicas, que influenciam diretamente o número de ações judiciais iniciadas. Por outro lado, o número de processos baixados, que representa os casos resolvidos, mostra uma tendência relativamente estável, mas com variações importantes, indicando que o sistema judiciário consegue, em alguns anos, resolver mais casos do que em outros.

A discrepância entre o número de casos novos e os processos baixados destaca a incapacidade do sistema judiciário de acompanhar o ritmo crescente de novas ações, resultando em um acúmulo de casos pendentes. Essa situação é exacerbada pela complexidade dos processos, especialmente na área da saúde, onde a judicialização muitas vezes envolve questões urgentes e críticas que demandam respostas rápidas e efetivas. O aumento dos processos reativados a partir de 2016 sugere que muitos casos que haviam sido considerados resolvidos voltam a ser discutidos judicialmente, contribuindo para a sobrecarga do sistema.

Esses dados evidenciam a necessidade de reformas estruturais no sistema judiciário e de saúde para lidar de maneira mais eficiente com a crescente demanda por serviços judiciais. Uma possível abordagem seria a implementação de medidas alternativas de resolução de conflitos, como mediação e arbitragem, que poderiam aliviar a pressão sobre os tribunais. Além disso, melhorias na gestão dos processos e a digitalização completa dos procedimentos judiciais podem contribuir para uma resolução mais rápida e eficaz dos casos.

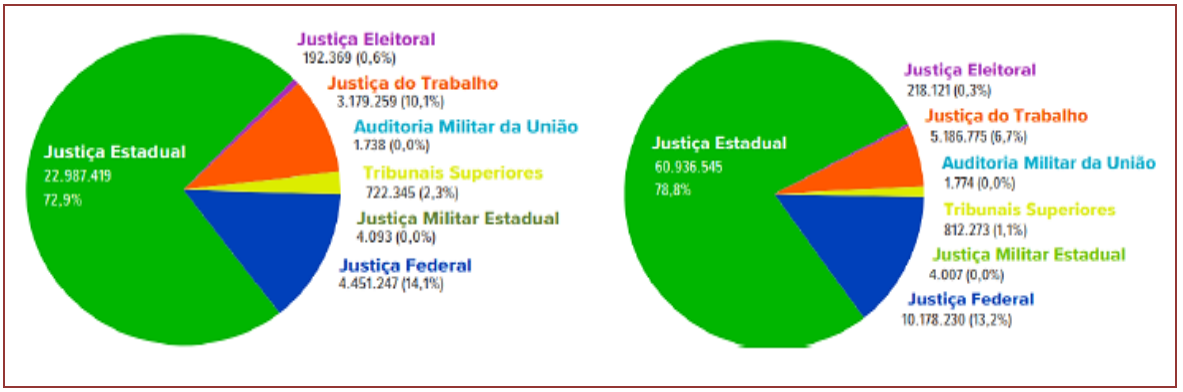
Os gráficos analisados mostram uma crescente judicialização da saúde no Brasil, com um aumento contínuo dos casos pendentes e uma flutuação significativa nos casos novos e processos baixados. Esses dados destacam a necessidade urgente de políticas e reformas que possam melhorar a eficiência do sistema judiciário e de saúde, garantindo que os cidadãos tenham acesso rápido e adequado aos seus direitos sem sobrecarregar os recursos públicos.

A Justiça Estadual é responsável pela maior parte dos casos novos, com 72,9% do total, o que corresponde a 22.987.419 processos. Essa predominância pode ser explicada pelo fato de que a Justiça Estadual abrange uma ampla gama de questões cíveis e criminais que afetam diretamente os cidadãos em suas vidas diárias.

Em seguida, a Justiça do Trabalho representa 10,7% dos casos novos, totalizando 3.379.259 processos, refletindo a importância das disputas trabalhistas no contexto brasileiro, especialmente considerando as mudanças nas leis trabalhistas e os impactos econômicos recentes.

A Justiça Federal, por sua vez, é responsável por 4,1% dos casos novos, com 1.451.247 processos, indicando seu papel crucial na resolução de questões que envolvem a União, autarquias e empresas públicas. Outros ramos da justiça, como a Justiça Eleitoral, Tribunais Superiores e a Auditoria Militar, têm uma participação menor, mas não menos importante, na composição dos casos novos.

Gráfico 6: Casos novos x casos pendentes por ramo de justiça



Fonte: Painel do Justiça em Números, 2023 (CNJ).

A distribuição dos casos pendentes por ramo de justiça, mostrando uma tendência semelhante à observada nos casos novos. A Justiça Estadual novamente domina, com 78,8% dos casos pendentes, somando 60.936.545 processos. Isso reforça a sobrecarga enfrentada pela Justiça Estadual, que deve lidar com um volume extremamente alto de litígios em comparação com os outros ramos.

A Justiça do Trabalho aparece com 6,7% dos casos pendentes, ou 5.185.765 processos, destacando a persistência de litígios trabalhistas que não são rapidamente resolvidos. A Justiça Federal tem 3,7% dos casos pendentes, totalizando 2.861.730 processos, o que indica um estoque de casos considerável, mas gerenciável em relação à sua capacidade.

A Justiça Eleitoral, responsável por 0,3% dos casos pendentes (218.121 processos), e os Tribunais Superiores, com 1,1% (812.273 processos), demonstram uma menor carga de pendências, o que pode ser atribuído à natureza específica e mais delimitada das questões que esses ramos da justiça tratam. A Auditoria Militar, tanto da União quanto Estadual, possui uma participação ainda menor, refletindo o nicho específico e limitado das questões militares.

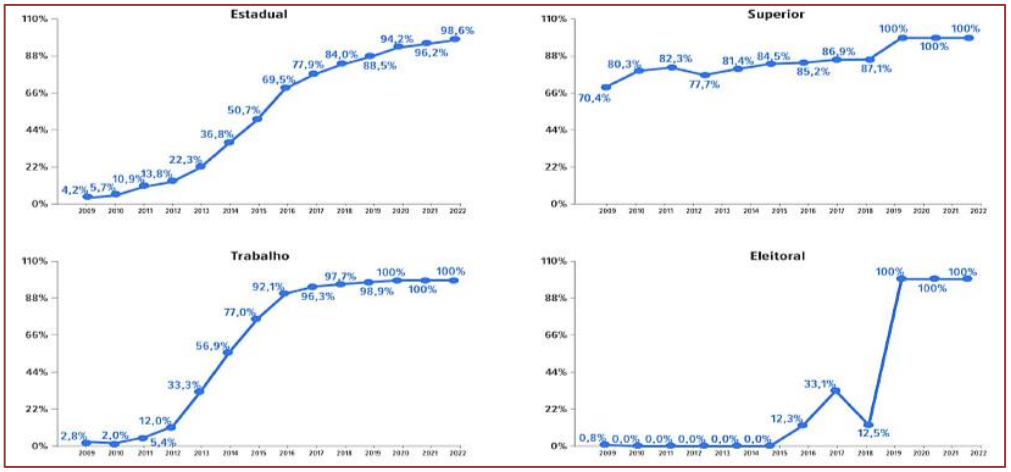
Esses dados evidenciam a enorme carga de trabalho que recai sobre a Justiça Estadual e a necessidade urgente de medidas para aumentar a eficiência e a capacidade de resolução de casos. A alta porcentagem de casos pendentes na Justiça Estadual sugere que este ramo enfrenta desafios significativos em termos de recursos e gestão de processos. Para mitigar essa sobrecarga, é essencial considerar a implementação de tecnologias judiciais, o fortalecimento de práticas alternativas de resolução de disputas, como mediação e arbitragem, e a alocação de recursos adicionais para aumentar a capacidade operacional dos tribunais.

Além disso, a persistência de um número elevado de casos na Justiça do Trabalho indica a necessidade de políticas que promovam a resolução mais ágil de disputas trabalhistas, possivelmente por meio de reformas nas leis trabalhistas que incentivem acordos extrajudiciais. A Justiça Federal, enquanto gerencia um volume menor de casos, ainda enfrenta desafios que poderiam ser abordados por meio de melhor gestão de casos e recursos especializados.

A Justiça Estadual, que em 2009 tinha apenas 4,2% de seus processos em formato eletrônico, mostrou um crescimento contínuo, atingindo 98,6% em 2022. Esse aumento demonstra um esforço robusto em modernizar e tornar mais eficiente a gestão dos processos judiciais neste ramo.

Na Justiça do Trabalho, a digitalização também avançou rapidamente, saindo de 2,8% em 2009 para alcançar 100% em 2018, mantendo esse patamar até 2022. Esse resultado reflete a implementação bem-sucedida de sistemas eletrônicos que facilitam a tramitação de processos trabalhistas, contribuindo para maior celeridade e transparência.

Gráfico 7: Séries históricas do percentual de processos eletrônicos, por ramo de justiça



Fonte: Relatório 2023 -CNJ.

A Justiça Superior, que já possuía uma alta taxa de processos eletrônicos em 2009 (70,4%), também progrediu significativamente, atingindo 100% em 2020 e mantendo-se assim até 2022. Isso indica que os tribunais superiores têm investido continuamente em tecnologias para otimizar suas operações. A Justiça Eleitoral, que inicialmente tinha um percentual muito baixo de processos eletrônicos (0,8% em 2009), experimentou um crescimento dramático a partir de 2016, alcançando 100% em 2017 e mantendo-se neste nível desde então. Essa rápida digitalização é crucial para a eficiência nas eleições e outros processos eleitorais.

A Tabela apresenta o consolidado anual das ações trabalhistas novas por serviço entre 2019 e 2023. A análise dos dados revela algumas tendências importantes. O Hospital Matriz é o serviço com o maior número de ações trabalhistas ao longo dos anos, totalizando 486 ações, com um aumento notável em 2023, quando 160 novas ações foram registradas. Esse aumento significativo pode indicar problemas recorrentes ou não resolvidos no ambiente de trabalho desse hospital.

Tabela 1: Ações trabalhistas novas, consolidado anual por serviços

Serviço	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Hosp. Matriz	69	62	96	99	160	486
Hosp. Leste 1 - CT	46	23	24	37	71	201
Hosp. Alto Tietê	31	18	8	15	47	119
Hosp. Leste 2 - IP	15	24	26	18	51	134
Rede Básica	66	63	74	108	126	437
Hosp. SBC	0	6	8	12	14	40
Total	227	196	236	313	446	1417

Fonte: Elaborado pelo Autor (2024).

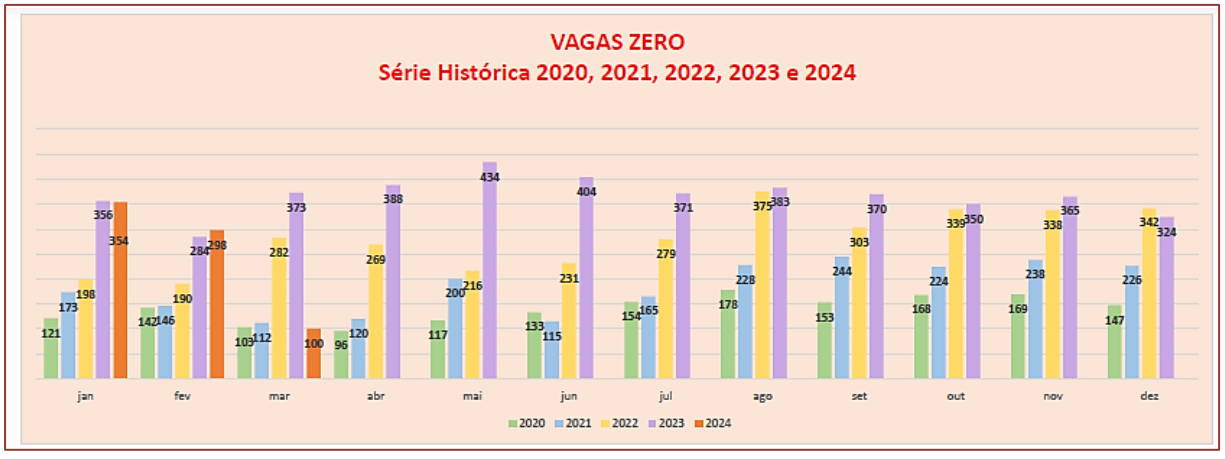
A Rede Básica também mostra um volume considerável de ações trabalhistas, com um total de 437 ações no período analisado. O aumento de 66 ações em 2019 para 126 em 2023 sugere que este setor também enfrenta desafios contínuos em relação às condições de trabalho.

Outros serviços, como o Hospital Leste 1 - CT e o Hospital Alto Tietê, apresentam números menores, mas ainda assim significativos, com 201 e 119 ações respectivamente. O crescimento das ações no Hospital Leste 1 - CT de 46 em 2019 para 71 em 2023, e no Hospital Alto Tietê de 31 para 47 no mesmo período, indica uma tendência de aumento nas disputas trabalhistas nesses locais. O Hospital Leste 2 - IP e o Hospital SBC têm números menores, com 134 e 40 ações respectivamente, mas o aumento em 2023 em comparação aos anos anteriores sugere que também há questões a serem resolvidas nesses serviços.

No total, o número de ações trabalhistas novas aumentou de 227 em 2019 para 446 em 2023, mais que dobrando no período analisado. Esse aumento geral de 196% destaca uma tendência preocupante de crescimento das disputas trabalhistas, que pode estar relacionada a fatores como mudanças nas condições de trabalho, políticas de gestão de pessoal ou outros desafios internos enfrentados pelas instituições de saúde. Essa tendência crescente sublinha a necessidade de medidas efetivas para melhorar as condições de trabalho e resolver conflitos trabalhistas de maneira mais eficiente.

A série histórica das ocorrências de "vagas zero" entre 2020 e 2024, conforme ilustrado no gráfico, revela uma preocupação crescente com a capacidade do sistema de saúde de atender à demanda. As "vagas zero" representam situações em que não há disponibilidade de leitos hospitalares para pacientes, refletindo uma sobrecarga no sistema de saúde.

Gráfico 8: Vagas zero



Fonte: Núcleo de Regulação Interna (2024).

Em janeiro de 2020, houve 173 casos de "vagas zero", que quase dobraram para 356 em janeiro de 2023, evidenciando um aumento significativo ao longo dos anos. Esse aumento é consistente em quase todos os meses, com picos notáveis em maio de 2023 (434 casos) e junho de 2023 (404 casos). Esse padrão sugere que a capacidade hospitalar foi

particularmente desafiada durante esses períodos, possivelmente devido a surtos de doenças ou eventos sazonais que aumentam a demanda por serviços de saúde.

Os anos de 2022 e 2023 mostram um número consistentemente alto de "vagas zero" em comparação com 2020 e 2021, indicando uma tendência preocupante de agravamento na disponibilidade de leitos hospitalares. Por exemplo, em outubro de 2023, foram registrados 339 casos, um aumento substancial em relação aos 240 casos de outubro de 2020. Em contraste, 2024 mostra um ligeiro declínio nos primeiros meses, com 198 casos em janeiro e 112 em março, sugerindo que algumas medidas podem ter sido implementadas para melhorar a capacidade hospitalar.

A persistência e o aumento das "vagas zero" ao longo dos anos destacam a necessidade urgente de investimentos em infraestrutura hospitalar e políticas de gestão de saúde pública para aumentar a capacidade de atendimento e evitar a saturação do sistema. Medidas como a expansão de leitos, a melhoria na gestão de recursos e a implementação de estratégias de prevenção de saúde pública são essenciais para mitigar esses problemas. Em resumo, o gráfico aponta para uma sobrecarga crescente no sistema de saúde, exigindo ações imediatas para garantir que todos os pacientes recebam o atendimento necessário.

A análise do painel de classificação por mês para o ano de 2020 fornece uma visão detalhada sobre a distribuição de casos classificados por cores, que provavelmente refletem diferentes níveis de gravidade ou urgência. O total de casos registrados no período é de 59.800, distribuídos em quatro categorias: verde, amarelo, vermelho e branco.

A análise dos dados de classificação por mês dos anos de 2020 a 2023 revela tendências importantes sobre a distribuição dos casos por gravidade no sistema de saúde.

Gráfico 9: Análise 2020 a 2023

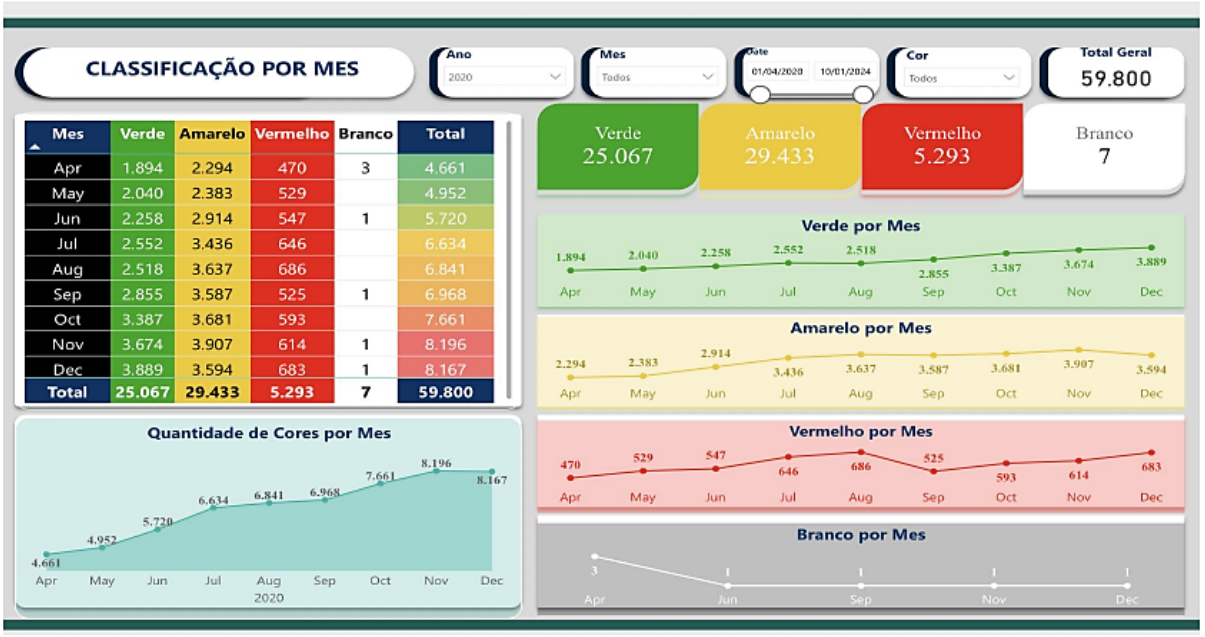
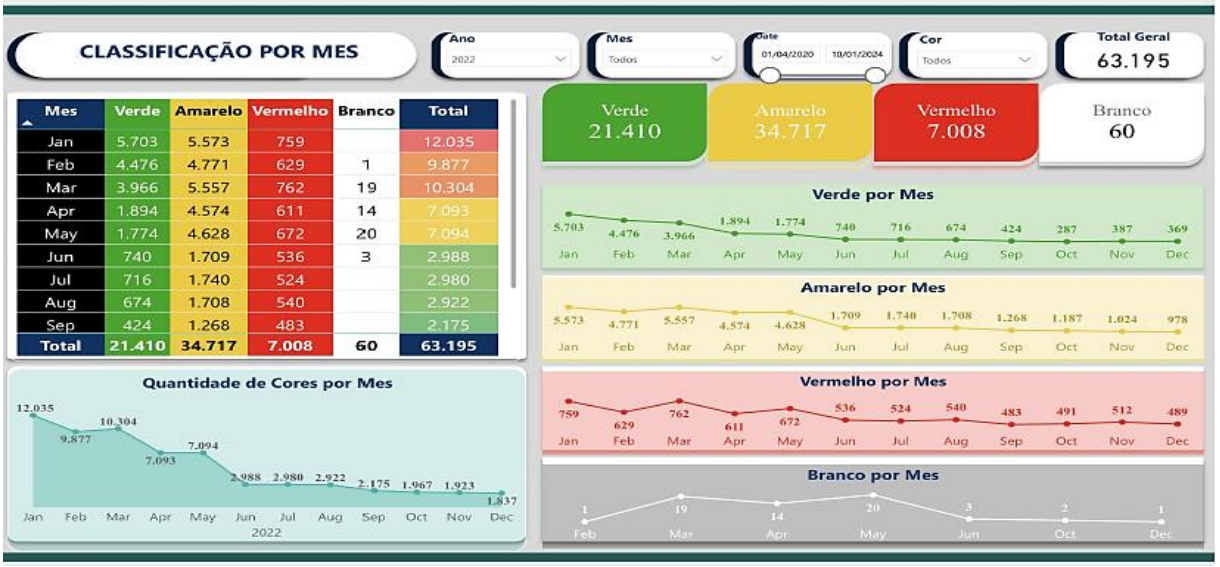
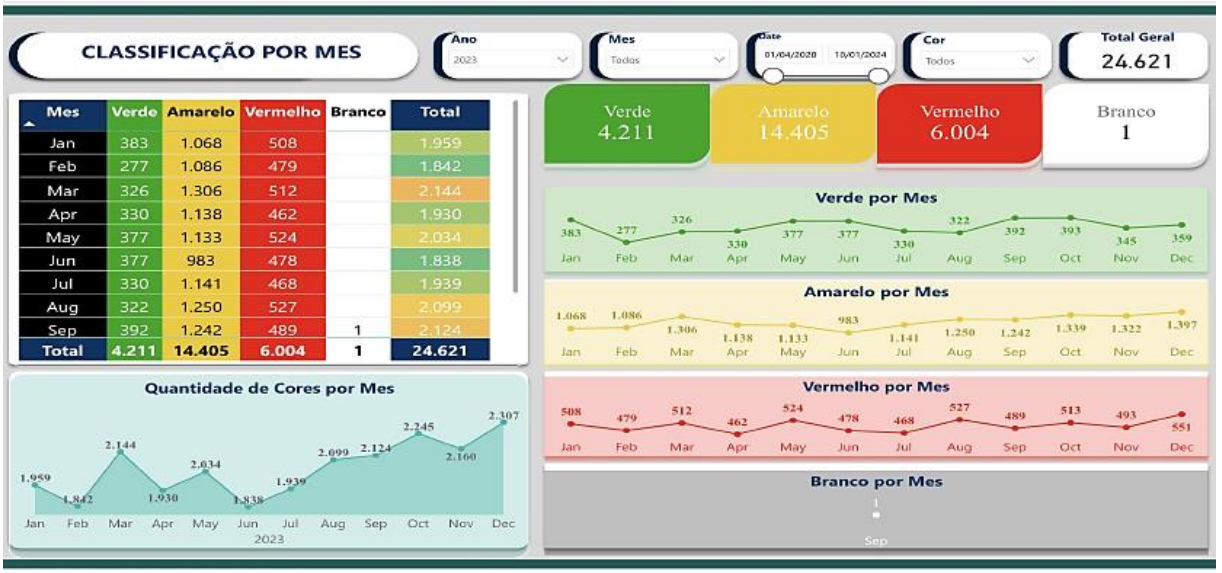


Gráfico 9: Análise 2020 a 2023 (continuação)





Fonte: Núcleo de Regulação Interna (2024).

Em 2020, o total de casos registrados foi de 59.800, distribuídos entre 25.067 casos verdes, 29.433 casos amarelos, 5.293 casos vermelhos e 7 casos brancos. O aumento dos casos ao longo do ano é notável, com os picos mais altos ocorrendo em novembro e dezembro. A maioria dos casos foram classificados como amarelos, indicando uma alta demanda por atendimento de urgência moderada.

Em 2021, o total de casos aumentou significativamente para 121.833. Houve um aumento considerável em todas as categorias, com 59.674 casos verdes, 53.617 casos amarelos e 8.539 casos vermelhos. O crescimento foi constante ao longo do ano, com picos em setembro e dezembro, o que sugere um aumento na demanda por serviços de saúde. A categoria verde teve um aumento notável, o que pode indicar uma melhoria na triagem inicial ou um aumento na capacidade de atendimento para casos menos graves.

Em 2022, os dados mostram uma pequena diminuição no total de casos para 63.195, mas ainda maior que em 2020. A distribuição foi de 21.410 casos verdes, 34.717 casos amarelos e 7.008 casos vermelhos, com um número significativamente maior de casos brancos (60). O início do ano teve um número elevado de casos, com um declínio constante nos meses seguintes, refletindo possivelmente uma resposta mais eficaz do sistema de saúde.

Em 2023, os dados parciais mostram um total de 24.621 casos até setembro. Houve 4.211 casos verdes, 14.405 casos amarelos e 6.004 casos vermelhos. O aumento gradual ao longo do ano, com picos em agosto e setembro, indica uma continuidade na demanda por serviços de saúde, com uma alta proporção de casos amarelos persistindo.

Comparando os quatro anos, observa-se um aumento geral na quantidade de casos atendidos pelo sistema de saúde, especialmente na categoria amarela, que tem o maior número de registros em todos os anos. Os casos verdes também aumentaram significativamente, enquanto os casos vermelhos, embora em menor número, mostraram uma tendência de aumento, refletindo a contínua necessidade de atender emergências críticas.

Esses dados sublinham a crescente pressão sobre o sistema de saúde para atender a uma variedade de necessidades médicas. A predominância de casos amarelos destaca a necessidade de recursos adequados para urgências moderadas, enquanto o aumento nos casos verdes aponta para a importância de uma triagem eficaz e um atendimento robusto para casos menos graves. A tendência de aumento nos casos vermelhos enfatiza a necessidade contínua de capacidade para emergências críticas.

Em conclusão, a análise dos dados de 2020 a 2023 demonstra um aumento constante na demanda por serviços de saúde em todas as categorias de gravidade, indicando uma pressão crescente sobre o sistema de saúde que requer investimentos contínuos em infraestrutura, recursos humanos e processos de gestão para melhorar a eficiência e a qualidade do atendimento.

5. CONCLUSÃO

A análise detalhada dos dados de judicialização da saúde, ações trabalhistas, vagas zero e a distribuição de casos por gravidade ao longo dos anos de 2020 a 2023 revela várias tendências e desafios críticos enfrentados pelo sistema de saúde e judiciário no Brasil.

A judicialização da saúde tem mostrado um aumento significativo, refletindo uma insatisfação crescente dos cidadãos com a oferta de serviços de saúde pública. Esse aumento pressiona o sistema judiciário e o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a necessidade de políticas públicas mais eficazes e uma melhor gestão dos recursos de saúde.

Os dados sobre ações trabalhistas indicam uma tendência crescente de disputas no setor de saúde, com o Hospital Matriz e a Rede Básica enfrentando o maior número de ações. Este aumento ressalta a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e na gestão de pessoal para reduzir conflitos e litígios.

As ocorrências de "vagas zero" também mostraram um aumento alarmante, especialmente durante os períodos de alta demanda, como os meses de maio a julho e setembro a novembro. Isso destaca a urgência de expandir a capacidade hospitalar e implementar políticas eficazes de gestão de recursos para evitar a saturação do sistema.

A análise dos dados de classificação por mês de 2020 a 2023 revela um aumento constante no número de casos em todas as categorias de gravidade, com um aumento notável nos casos verdes e amarelos. A predominância de casos amarelos aponta para uma alta demanda por atendimento de urgência moderada, enquanto o aumento nos casos verdes sugere uma melhoria na triagem e um maior atendimento a casos menos graves. O aumento nos casos vermelhos destaca a necessidade contínua de capacidade robusta para lidar com emergências críticas.

Em conclusão, os dados analisados revelam uma pressão crescente sobre o sistema de saúde e judiciário brasileiro, exigindo intervenções urgentes e eficazes. É crucial investir em infraestrutura hospitalar, melhorar as condições de trabalho, implementar tecnologias judiciais e promover práticas alternativas de resolução de conflitos.

Além disso, políticas públicas mais integradas e adaptativas são necessárias para garantir que todos os cidadãos tenham acesso adequado e eficiente aos serviços de saúde, evitando a sobrecarga do sistema e garantindo a qualidade do atendimento. A integração de estratégias de prevenção, gestão eficiente de recursos e capacitação contínua dos profissionais de saúde e judiciais será fundamental para enfrentar os desafios identificados e melhorar a resposta aos crescentes litígios e demandas de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

[1] BACELAR, J. A. F.; RIBEIRO, M. B.; CHAVES NETO, R. A compreensão do contraditório no cenário da covid-19: desafios e possibilidades. **Revista Jurídica**, v. 3, n. 65, p. 528-547, 2021.

[2] BERALDO, Maria Clara Bomtempo. **Filiação socioafetiva e multiparentalidade: efeitos jurídicos quanto ao direito de guarda e visitas.** Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2020. p. 105.

[3] BITTENCOURT, R. N. Pandemia, isolamento social e colapso global. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 19, n. 221, p. 168-178, 2020.

[4] BULOS, U. L. **Curso de direito constitucional**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2023. E-book.

[5] CASTRO, Regina. **Observatório Covid-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil: (Agência Fiocruz de Notícias).** 2021.

[6] CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação nº 66 de 13 de maio de 2020. Que "recomenda aos Juízos com competência para o julgamento das sanções que versem sobre o direito à saúde a adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional de pandemia da Covid-19".** Brasília. Disponível em:

https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3318%20. Acesso em: 21 jun. 2024.

[7] FABRICIO, Larissa Maria Neres. **Avanços tecnológicos no judiciário goiano em decorrência da pandemia: audiências virtuais.** TCC. PUC – GOIÁS: 2021.

[8] GARIBOTI, Diuster de Franceschi. **Direito constitucional.** 2022.

[9] MACHADO, Fernanda De Vargas; COLOMBO, Cristiano. Inteligência Artificial Aplicada à Atividade Jurisdicional. **Revista da Escola Judicial do TRT4**, v. 3, n. 5, 2021.

[10] PEREIRA, Camilo Lelis Jota. **Da criação do sus aos problemas éticos no contexto da atenção primária à saúde.** 2021.

[11] PIMENTEL, Douglas Gonçalves; JÚNIOR, Marcos Henrique Fernandes. **A Judicialização da saúde em face da pandemia do Covid-19.** 2021.

[12] PINTO, P. A. M. **Virtualidade e acesso à justiça: possibilidades de inovação na resolução de conflitos.** TCC. Universidade Federal de Sergipe: 2021.

[13] RIZZO, Paulo Sérgio; TOMÉ, Leonor Fernandes de Faria. **A JUDICIALIZAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE: O papel do Sistema Único de Saúde em tempos de pandemia.** 2022.

[14] SIQUEIRA, D. P.; LARA, F. C. P.; LIMA, H. F. Acesso à Justiça em Tempos de Pandemia e os Reflexos nos Direitos da Personalidade. **RFD-Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, n. 38, p. 25-41, 2020.

[15] TAVARES, A. R. **Curso de Direito Constitucional**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2023. E-book.

[16] VASCONCELOS, C. **Curso de Direito Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. E-book.

[17] VIVIAN, S. G. Transformação digital e o Poder Judiciário. **Revista de Direitos Fundamentais e Tributação**, v. 1, n. 3, p. 93-123, 2020.

Capítulo 2

Repercussões da pandemia da Covid-19 na saúde mental de enfermeiros no ambulatório de quimioterapia

Maria de Lourdes Custódio Duarte
Bruna Santos Fidélis
Alessandra Porto d'Ávila
Daniela Giotti da Silva
Yanka Eslabão Garcia

Resumo: **Objetivo**: Analisar as dificuldades e estratégias encontradas pelas enfermeiras de um ambulatório de quimioterapia para manutenção da saúde mental na pandemia. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória e que foi realizada no hospital universitário do sul do Brasil com 11 enfermeiras. A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2021 e foi usada análise temática de Minayo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados**: Os entrevistados verbalizaram o uso de equipamentos de proteção individual, falta de contato com o paciente e ausência do acompanhante como desafios para preservação da sua saúde mental. Além disso, foram pontuadas pelas entrevistadas estratégias individuais de proteção emocional, como a terapia, a atividade física e momentos com familiares. **Considerações Finais**: Cabe aos gestores proporcionar espaços coletivos institucionais de diálogo neste período de maior vulnerabilidade da enfermagem com vistas a qualidade do cuidado ofertado.

Descritores: enfermagem, quimioterapia, pandemia, saúde mental, ambulatório hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, as neoplasias malignas estão na segunda posição entre as principais causas de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê até 2040 um quantitativo de 29,5 milhões de novos casos de câncer, tornando-se um importante problema de saúde pública global. Além disso, o perfil de fatores de risco tem se alterado nos últimos tempos, a exemplo do consumo de tabaco, padrões de dieta da população, características reprodutivas, além da prevalência de infecções relacionadas a essas neoplasias[1].

Nesse sentido, o tratamento oncológico, por si só, é permeado por uma vasta complexidade que exige do profissional conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, que podem causar estresse laboral, além de riscos de comprometimento da saúde do trabalhador por exposição a agentes físicos e biológicos.

É nesse cenário que se insere o trabalho nas unidades oncológicas. A assistência nessas unidades pode gerar no enfermeiro uma sobrecarga física e mental, uma vez que implica lidar com uma doença grave e estar, continuamente, exposto à finitude da vida e ao sofrimento. A fragilidade do paciente durante o tratamento quimioterápico, as chances de infecção, a grande proximidade com o paciente e familiares, a não-resposta à medicação ou progressão da doença e o risco de morte são agravantes que preocupam o profissional da área oncológica[2-3].

Ainda, com o aumento do número de pacientes para o cuidado, esses profissionais podem apresentar considerável grau de estresse, fadiga, depressão, insônia e ansiedade[4] nos diferentes níveis de complexidade que atuam: setor primário, setor secundário e setor terciário.

Na atenção secundária, é importante que o enfermeiro que atua no ambulatório possa identificar as necessidades de cuidado do paciente oncológico e de seu familiar, tendo em vista os níveis de autonomia apresentados no momento da infusão da medicação. É nesse contexto que o enfermeiro desenvolve a consulta de enfermagem, realiza o monitoramento dos possíveis efeitos colaterais[5] e sinaliza as precauções necessárias contra a COVID-19.

Devido ao seu modo de transmissão, a pandemia da COVID-19 causou inúmeras mudanças na vida de cada um, afetando a saúde física e mental, transformando o comportamento de cada indivíduo. Na área da enfermagem não foi diferente, pois a equipe precisou se adequar a novas formas de atendimento e de cuidado na perspectiva do distanciamento social.

No contexto do trabalho, os profissionais da enfermagem tiveram que flexibilizar antigas rotinas já estabelecidas ou até mesmo criar novas. Ademais, precisaram lidar com o receio da sua própria contaminação e de seus familiares e também com o sofrimento dos pacientes e a possibilidade da morte.

E em meio a situações de extrema insegurança e alta demanda de trabalho, os profissionais da enfermagem sentiram as repercussões que a pandemia gerou na saúde mental, inclusive durante o cuidado ao paciente oncológico. Dessa maneira, evidenciou-se lacunas de conhecimento[6-7] a respeito das repercussões da pandemia na saúde mental do profissional de enfermagem de um ambulatório de quimioterapia de um hospital geral. Então questiona-se: quais as dificuldades e estratégias encontradas pelos enfermeiros de um ambulatório de quimioterapia para manutenção da saúde mental na pandemia?

Pretende-se com esse estudo dar voz aos enfermeiros de um ambulatório de quimioterapia de um hospital geral e a possibilidade de trazer à tona as dificuldades enfrentadas durante a pandemia e que repercutiram na saúde mental destes profissionais, proporcionando refletir sobre estratégias para o cuidado do trabalhador nas instituições de saúde. Além disso, possibilitar aos gestores reflexão sobre os desafios enfrentados por esses enfermeiros e maneiras de qualificar o espaço do trabalho.

2. OBJETIVO

Analisar as dificuldades e estratégias encontradas pelos enfermeiros de um ambulatório de quimioterapia para manutenção da saúde mental durante a pandemia.

3. MÉTODOS

3.1. ASPECTOS ÉTICOS

Assegurando a legitimidade do projeto e seu compromisso com os direitos de seus participantes, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital e obteve parecer favorável para sua realização.

Cada participante foi esclarecida sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, onde o pesquisador garante o anonimato à participante, atendendo aos aspectos exigidos pela resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[8].

3.2. TIPO DE ESTUDO

Estudo de cunho descritivo do tipo exploratório de abordagem qualitativa[9], norteado pelo instrumento Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)[10], tendo como características aprender questões viabilizando responder aos fundamentos do objeto de estudo. A sua ampla abordagem possui diversos significados, que permitem vislumbrar percepções, perspectivas, narrativas, ideologias, comportamentos, os quais não podem ser reduzidos a variáveis e a seus modos intrínsecos de execução[9].

3.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.3.1. CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário do sul do Brasil, sendo uma instituição pública de referência para atendimento COVID-19. O ambulatório de quimioterapia é uma unidade de tratamento infusional, pertencente ao Serviço de Enfermagem Onco-hematológica (SEOH). Este ambulatório atende em média 70 pacientes por dia, entre eles, pacientes pediátricos, adultos e idosos[11], realizando uma variedade de procedimentos como administrações endovenosas, subcutâneas e via oral.

3.3.2. FONTE DE DADOS

A equipe conta com 11 enfermeiras: cinco trabalhadoras no turno da manhã, cinco no turno da tarde e uma chefe de unidade que também atua na assistência direta ao paciente.

Conta com atendimento de segunda à sexta-feira na faixa horária de 7:30 às 19:15 e em feriados funciona em esquema de plantão (7:30 até 13:45) com equipe reduzida.

A escolha da unidade foi em decorrência da familiaridade das autoras com a área, somado a grande demanda durante o período da pandemia, que não restringiu os atendimentos visando a manutenção dos ciclos de tratamento dos pacientes.

Foram convidadas a participar todas as enfermeiras que trabalhavam no ambulatório de quimioterapia. Utilizou-se como critérios de inclusão estar atuando no campo assistencial do ambulatório com mais de seis meses de experiência na área oncológica e que estivesse trabalhando durante a pandemia. Como critérios de exclusão, os profissionais que estivessem ausentes em decorrência de licença, férias ou atestado. Assim, foram incluídos 10 profissionais no estudo, tendo em vista que uma estava afastada por motivo de licença-saúde.

3.3.3. COLETA E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2021, mediante agendamento conforme a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável, no turno diferente daquele em que atuava o profissional enfermeiro, em um local agendado no hospital estudado, e foram gravadas em equipamento de áudio (MP3) com tempo de duração aproximada de 40 minutos e posteriormente transcritas na íntegra para melhor compreensão do material.

Na primeira parte da entrevista foram contemplados os dados de identificação, tempo de trabalho na instituição e qualificação profissional e na segunda as questões norteadoras com perguntas abertas, em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A pergunta que norteou a entrevista foi: “Fale sobre as repercussões da pandemia da COVID-19 na sua saúde mental enquanto trabalhador no ambulatório de quimioterapia”.

As entrevistas foram identificadas com a letra E de enfermeiro, seguidas pelo número representando a ordem em que ocorreram: E1, E2 e, assim, sucessivamente.

3.3.4. ANÁLISE DE DADOS

Foi empregada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, orientada por Minayo[9], a qual se desdobrou em três fases: 1) Pré-análise – Consistiu na organização dos materiais que foram analisados por meio de uma leitura flutuante do conjunto de informações, a constituição do corpus, assim como retomada dos propósitos e definição de marcadores que orientassem a reflexão final. Essa etapa possibilitou o alinhamento das interpretações e o surgimento de novas interrogações; 2) Exploração do material – Deu-se pela classificação e agregação das informações trabalhadas nos recortes do texto das unidades de informação, definindo as categorias com base nos elementos mais relevantes encontrados nas falas dos participantes; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – Os dados foram submetidos a procedimento que permitiram colocar em destaque os resultados encontrados, assim a busca focalizou ideologias, tendências e outras características que foram analisadas, interpretadas e fundamentadas na literatura. Após a análise das informações, emergiram duas categorias analíticas: Desafios encontrados pelos enfermeiros para manutenção da saúde mental na pandemia e Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para manutenção da saúde mental.

4. RESULTADOS

Em relação à caracterização dos entrevistados, todas as 10 (100%) eram do sexo feminino. Quanto ao tempo de atuação na área de enfermagem oncológica, a média encontrada foi de 24 anos e o tempo de atuação variou de seis a 31 anos. Verificou-se que nove (90%) enfermeiras possuíam especialização em oncologia. Quanto ao tempo de trabalho no ambulatório de quimioterapia da instituição estudada, verificou-se que três (30%) profissionais possuíam tempo de atuação no tratamento oncológico inferior a um ano, cinco (50%) profissionais tinham entre seis e oito anos de experiência no local e duas (20%) enfermeiras tinham mais de 20 anos.

4.1. DESAFIOS ENCONTRADOS PELOS ENFERMEIROS PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

Nessa categoria, os entrevistados verbalizaram o uso de EPIs, falta de contato com o paciente e ausência do acompanhante como aspectos dificultadores para manutenção da sua saúde mental nesse período da pandemia.

As enfermeiras verbalizaram que o uso de *faceshield* e também da máscara, mesmo sendo itens de proteção individual, dificultaram o seu cotidiano de trabalho, o que repercutiu na saúde mental dessas profissionais, tendo em vista a sensação de sufocamento e dificuldade de visão que ambos ocasionaram.

> *Pra mim o faceshield é algo que é muito difícil pra usar porque eu não consigo enxergar com ele, então pra mim é mais difícil puncionar com aquela paramentação toda [...] Me sinto às vezes sufocada, por estar de máscara. Às vezes não é nem o sufocamento físico, acho que mais é emocional* (E3).

> *A interação com o paciente fica prejudicada [...] eu tinha que repetir e falar mais alto e fazer mais força para o paciente me entender* (E4).

Apesar da obrigatoriedade dos EPIs e da segurança por eles fornecida, muitas atividades das profissionais entrevistadas receberam uma carga maior de dificuldade pela diminuição da mobilidade, visão ou fala com sobreposição de EPIs. Essa sobreposição exigiu das enfermeiras uma maior disposição para que a comunicação fosse mais efetiva com o paciente do ambulatório de quimioterapia, deixando seu cotidiano de trabalho ainda mais exaustivo, ocasionando sobrecarga física e mental.

Outro desafio relatado pelas entrevistadas foi a dificuldade de interação com os pacientes, tendo em vista o não reconhecimento dos profissionais devido ao uso de EPIs.

> *As pessoas não enxergam o nosso rosto, muitas vezes não tem ideia de como é o profissional que tá atendendo, então isso parece que dá um distanciamento [...]* (E2).

> *[...] então a gente não pode mais dar um abraço, não pode beijar, não pode ter esse aconchego que tinha antes da pandemia* (E5).

Além do distanciamento social causado pela pandemia da COVID-19, as entrevistadas relataram o distanciamento dos pacientes tratados no ambulatório de quimioterapia. O

contato físico para demonstração de afeto, carinho e como forma de fornecer conforto em um momento tão sensível quanto o momento de doença oncológica, tornam-se restritos na tentativa de minimizar a possibilidade de transmissão do vírus. Esse distanciamento causou um desconforto emocional nas profissionais que já estavam acostumadas com esse tipo de atitude ao prestar assistência, ocasionando um sentimento de desamparo no paciente.

A falta de acompanhante no momento do tratamento do paciente foi outro desafio relatado nas entrevistas, uma vez que no cenário de pandemia foi restringida a circulação de pessoas, afetando diretamente a presença dos familiares durante a terapia medicamentosa no ambulatório.

> *O paciente sem acompanhante às vezes fica angustiado, agitado, é mais confortável pra ele estar junto com alguém da sua família [...] Gera uma demanda um pouco mais de ajuda para a enfermagem o fato de não ter acompanhante com o paciente. Então tudo isso dificulta o nosso trabalho* (E3).

As entrevistadas verbalizaram dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho no período da pandemia, como a falta dos acompanhantes e familiares durante os momentos de infusão da quimioterapia. Anteriormente, era rotina a participação de um familiar ou pessoa de confiança do paciente em companhia durante as sessões de tratamento para apoio físico (auxiliando com os efeitos colaterais, alimentação e locomoção) e psicológico. Com as restrições de circulação de pessoas nos ambientes hospitalares, os pacientes necessitaram de maior apoio da equipe de enfermagem, que precisou assumir mais essa demanda, causando maior cansaço físico e psíquico desses profissionais durante os atendimentos, aumentando a sobrecarga de trabalho.

4.2. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Nesta categoria foram pontuadas pelas entrevistadas estratégias utilizadas para a manutenção da sua saúde mental no período da pandemia, tais como: terapia, atividade física e momentos com familiares.

A terapia foi uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para manutenção da sua saúde mental. O espaço da terapia foi relatado como uma oportunidade de fala e escuta com apoio profissional, minimizando possíveis problemas emocionais, comportamentais e psicológicos, ocasionados pela pandemia.

> *Terapia com psicólogo e acompanhamento psiquiátrico. Eu já usava medicação mas com essa situação eu tive que aumentar as doses* (E1).

> *Voltei a fazer terapia [...]* (E7).

O retorno ou início do acompanhamento terapêutico foi exposto durante as entrevistas como uma alternativa para manutenção da saúde mental. Esse momento com um profissional pode ser eficaz para lidar com sentimentos negativos vivenciados, aliviando as tensões relacionadas ao trabalho e à vida pessoal, ocasionadas pelo distanciamento social e receios de contaminação. Além disso, houve a necessidade do aumento da dosagem de medicação por uma enfermeira tendo em vista a exacerbação de sintomas ocasionados pelo atual momento.

As enfermeiras entrevistadas trouxeram a importância da atividade física e lazer nesse momento de pandemia para manutenção da sua saúde mental.

> *Eu procuro fazer coisas que vão estimular minha saúde mental, então agora no início do ano eu botei como prioridade fazer atividade física [...]* (E7).

> *Olha no início, eu abandonei tudo, não fazia mais atividade física porque não podia sair pra rua, comia um monte porque estava nervosa. Agora que eu entendi que é uma nova realidade voltei a me cuidar, voltei a fazer atividade física* (E9).

> *[...] tento ouvir mais músicas, assistir um filme, uma série que eu gosto mais* (E8).

As enfermeiras do ambulatório de quimioterapia apontaram a atividade física como forma de autocuidado e alívio do desgaste mental vivenciado neste momento de pandemia. Funcionando como válvula de escape para momentos de tensão e para a recuperação do cuidado pessoal, a busca pela atividade física e lazer foram estratégias utilizadas por esses profissionais para evitar aspectos ansiogênicos e sofrimento emocional ocasionados pelos cuidados individuais e coletivos no ambiente de trabalho e domicílio.

O uso da tecnologia por vídeo via celular e pelo aplicativo *WhatsApp* foi apontado pelas entrevistadas como uma possibilidade de aproximação com o familiar neste período de distanciamento social.

> *Eu acho que a gente tem a relação familiar, que é uma relação muito apaziguadora e de paz, que ajuda muito [...] O celular nos aproxima. Por videochamada a gente consegue se aproximar da família e tentar não pensar muito no que tu está deixando de viver* (E8).

> *Eu falo muito pelo celular e pelo Facebook, então isso é o que me impactou mais, que é o que realmente mudou pra mim. Eu sentia falta da minha família* (E5).

Durante as entrevistas, a rede de apoio apareceu como uma importante estratégia para a manutenção da saúde mental das enfermeiras do ambulatório de quimioterapia. Com a insegurança gerada pela situação da saúde mundial, fechamento das escolas, distanciamento social, os encontros familiares passaram a não ocorrer, sendo necessário buscar alternativas, como a videochamada para as aproximações afetivas, minimizando o sentimento de solidão e de desamparo. Além disso, a sensação das entrevistadas de “estar

deixando de viver" pode repercutir negativamente na saúde mental dessas trabalhadoras, necessitando a utilização de estratégias individuais para amenizar essas vivências.

5. DISCUSSÃO

5.1. DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

Na área de enfermagem, faz-se necessário o uso de EPIs em procedimentos geradores de aerossóis como avental/capote, luvas, óculos ou protetor facial, máscara N95/PFF2 ou equivalente e gorro[12], a fim de proteger o profissional do vírus da COVID-19.

Nesse sentido, o uso de EPIs corroborou para uma barreira de comunicação, visto que os mesmos dificultaram a capacidade auditiva, a fala, a compreensão, e reduziram a habilidade visual dos profissionais durante a assistência. Da mesma maneira, essa barreira se dá entre a equipe durante o processo de comunicação no atendimento aos pacientes[13].

Neste contexto de pandemia da COVID-19, o profissional ficou mais vulnerável a sentimentos de ansiedade, medo, tristeza e solidão, devido a sobrecarga de trabalho e distanciamento de pacientes, familiares e amigos. Ademais, o cuidado emocional encontra barreiras devido aos EPIs utilizados pelos enfermeiros e ao distanciamento físico imposto pelas medidas de controle de infecção. A relação entre enfermeiro, paciente e familiares pode ser mais distante e com menor contato físico, mas a proximidade emocional deve ser mantida[14].

Os profissionais da saúde, com o distanciamento físico causado pelas novas formas de atendimento, veem necessidade de outras formas de demonstrar proximidade e criar vínculo com os pacientes. Dessa forma, o cuidado encontra dificuldade na interação entre equipe, família e paciente[15].

Assim, o enfermeiro possui um papel importante na gestão e cuidado de pacientes e pode utilizar-se de alternativas a fim de manter o vínculo e a proximidade com quem cuida. Com isso, os profissionais devem investir em formas de atendimento que respeitem o distanciamento, mas que de alguma forma ainda criem vínculos, expressões verbais e gestuais[14].

Nessa relação de cuidado, o ato de cumprimentar através de apertos de mãos ou com abraços são expressões de afeto que ficaram restritas, tendo em vista as exigências sanitárias de prevenção a disseminação do vírus e, consequentemente, o uso de EPIs por parte dos trabalhadores[14]. Além disso, a criatividade fez-se necessária, como por exemplo a criação de crachás maiores com fotos, para facilitar a identificação do profissional que está por trás de toda paramentação, buscando humanizar o cuidado e fomentar o vínculo[16].

No cenário hospitalar, sabe-se que o familiar passou a ser reconhecido como facilitador do restabelecimento da saúde do paciente e catalisador do processo de reabilitação, assim o acompanhante transmite segurança e conforto, estimula a melhoria do ambiente, aumenta a qualidade do meio em que o paciente se encontra e assegura o suporte emocional do mesmo[17-18].

No entanto, com medidas impostas pela pandemia, houve a necessidade de restringir a circulação de pessoas nesses ambientes, promovendo um maior afastamento dos pacientes de seus familiares que precisaram ficar desacompanhados durante a

terapêutica. Nesse sentido, embora os enfermeiros tenham suas tarefas assistenciais e administrativas a serem cumpridas durante o turno de trabalho, esses profissionais acabaram assumindo atividades na ausência dos acompanhantes[19], sendo mais um componente que sobrecarrega o enfermeiro na sua jornada laboral, causando um maior desgaste físico e mental.

5.2. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A terapia é considerada uma estratégia extrínseca na busca por ajuda profissional em situações de crises e emergências, como no caso da pandemia da COVID-19. Assim, é considerada uma alternativa que pode ser utilizada em virtude de situações adversas e como suporte psicológico relevante para novas possibilidades de enfrentamento[20].

A literatura e a prática clínica têm assinalado a necessidade de adaptar e testar os tratamentos psicológicos às particularidades dos indivíduos que recorrem à ajuda terapêutica profissional, principalmente nos que apresentam uma situação relacionada à saúde mental[21]. As diferentes abordagens da terapia fazem com que as sessões sejam mais adaptadas e compatíveis com cada pessoa nos seus diferentes momentos de vida, principalmente no contexto de pandemia vivenciado.

O próprio sujeito também é um agente ativo diante das incertezas e situações adversas da pandemia, ressaltando então, a capacidade de cada pessoa em desenvolver suas próprias estratégias ou utilizá-las de acordo com as recomendações dos profissionais da área de saúde mental[22].

Outra alternativa a fim de amenizar o sofrimento é a prática de atividade física e a busca por lazer. Nesse sentido, estudos publicados em países como Equador, Alemanha, Brasil e Reino Unido apontam que o exercício físico e com nível de intensidade apropriado para cada pessoa ajudam a melhorar significativamente a qualidade do sono, a saúde mental e física[23].

Essas estratégias utilizadas no tempo livre durante o período de distanciamento social podem ajudar na manutenção da saúde, bem-estar e possibilidade de enfrentamento a fim de minimizar os potenciais riscos e danos emocionais provenientes da pandemia. A redução de sentimentos negativos e prejuízo à saúde mental está associada com a adoção de estratégias de enfrentamento que reforcem a superação de cada pessoa[24] e o bem-estar físico e psíquico.

Nesse contexto, a rede de apoio familiar pode trazer aspectos positivos ao bem-estar do indivíduo com vistas a reduzir sentimentos de solidão e desamparo[23,25-26]. Dessa maneira, na conjuntura do distanciamento social imposto pela pandemia, estratégias foram criadas para promover a aproximação entre as pessoas, sem riscos de exposição à contaminação pelo vírus. Um dos meios adotados pelos profissionais da saúde foi a realização de encontros virtuais com seus próprios familiares através de aplicativos móveis, resultando em importante apoio psicológico[18].

Neste período de pandemia, os enfermeiros praticaram maneiras alternativas de comunicação com seus familiares e amigos, buscando a aproximação emocional e afetiva. O uso de videochamada, nos aplicativos como *Skype* ou *Facebook*, foram estratégias utilizadas por esses profissionais na tentativa de proporcionar a manutenção de sua saúde mental[18].

5.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo é contemporâneo na sua concepção, no entanto, provém das experiências de enfermeiros do ambulatório de quimioterapia de um hospital do sul do Brasil em um período único como a pandemia da COVID-19, não incluindo outros membros da equipe de enfermagem e também da equipe multidisciplinar, o que contribuiria para uma melhor compreensão do objeto da pesquisa. Assim, sugerem-se novas buscas que possam agregar tais visões objetivando ampliar a discussão.

5.4. CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM, SAÚDE OU POLÍTICA PÚBLICA

Os resultados dessa pesquisa contribuem para a área da enfermagem pois possibilitaram refletir sobre a realidade imposta pela pandemia. Dessa maneira, as dificuldades vivenciadas bem como as estratégias utilizadas pelas enfermeiras oportunizam reflexões sobre o momento vivenciado e também como cada profissional busca, de forma individual, opções de enfrentamento à COVID-19. Além disso, os achados deste estudo oportunizam um repensar sobre uma experiência exitosa de enfermeiras de um ambulatório de quimioterapia voltadas à proteção não farmacológica da sua saúde mental, dessa população que se encontra vulnerável na atual crise sanitária mundial.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve por objetivo analisar as dificuldades e estratégias encontradas pelos enfermeiros de um ambulatório de quimioterapia para manutenção da saúde mental na pandemia e teve a seguinte questão norteadora: Quais as dificuldades e estratégias encontradas pelos enfermeiros de um ambulatório de quimioterapia para manutenção da saúde mental na pandemia?

Após a análise dos dados emergiram duas categorias: Desafios encontrados pelos enfermeiros para manutenção da saúde mental na pandemia e Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para manutenção da saúde mental.

Na primeira categoria, os entrevistados verbalizaram como desafios o uso de EPIs durante a sua prática de cuidado, a falta de contato com o paciente tendo em vista o distanciamento social e a ausência do acompanhante durante o tratamento de quimioterapia. Essas dificuldades foram mencionadas pelos profissionais pois podem gerar entraves na relação enfermeiro-paciente, dificultando a comunicação e o vínculo necessário para o tratamento.

A terapia, atividade física e lazer e momentos com familiares foram apontadas como estratégias para manutenção da saúde mental no período da pandemia, uma vez que podem ser fatores de proteção a possíveis danos à saúde mental desses profissionais que se encontram em vulnerabilidade emocional e física no atual cenário sanitário. Além disso, são práticas acessíveis e que requerem uma mobilização interna e o desejo na busca por uma alternativa para o seu próprio bem-estar.

Portanto, esse estudo pretendeu dar voz às enfermeiras de um ambulatório de quimioterapia a fim de trazer à tona as repercussões sobre a pandemia na saúde emocional dessas profissionais, proporcionando reflexões sobre o assunto, tanto para as

mesmas quanto para os gestores das instituições de saúde. Dessa maneira, cabe aos gestores proporcionar espaços de fala e de escuta neste período de maior vulnerabilidade da enfermagem com vistas a melhoria da saúde mental dessas trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

[1] Lopes-Junior LC. Os registros de câncer no contexto da vigilância em saúde pública: ensaio teórico. International Journal of Development Research. 2021; 11(03):45693-96. doi: https://doi.org/10.37118/ijdr.21453.03.2021.

[2] Oliveira WA, Oliveira-Cardoso EA, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. Estud. psicol. 2020; 37:e200066. doi: https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066.

[3] Ko W, Kiser-Larson N. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. Clin J Oncol Nurs. 2016; 20(2):158-64. doi: https://doi.org/10.1188/16.CJON.158-164.

[4] Duarte MLC, Silva DG, Bagatini MMC. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021; 42(spe):e20200140. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140.

[5] Souza FSL, Abreu ACS, Pio DA, Sanglard HMPV, Santos NAR. Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico ambulatorial. REAS/EJCH. 2019;31(31):e838. doi: https://doi.org/10.25248/reas.e838.2019

[6] Almeida ALC, Santo TME, Mello MSS, Cedro AV, Lopes NL, Ribeiro APMR, et al. Repercussions of the COVID-19 Pandemic on the Care Practices of a Tertiary Hospital. Arq Bras Cardiol. 2020; 115(5):862-70. doi: https://doi.org/10.36660/abc.20200436.

[7] Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sánchez MJ. Implications of the COVID-19 pandemic for cancer in Spain. Med Clin (Barc). 2020;155(6):263-266. doi: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.011.

[8] Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF, 13 jun. 2013 [cited 2020 Oct 20]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

[9] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (SP): Hucitec, 14ª edição; 2014.

[10] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014 Sep;89(9):1245-51. doi: https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388.

[11] Hospital de Clínicas de Porto Alegre HCPA. Relatório de atividades do grupo de enfermagem. Porto Alegre. 2017 [cited 2021 Sep 8]. Available from: https://www.hcpa.edu.br/downloads/relatorio_de_atividades_do_genf_2017_final.pdf.

[12] Nota Técnica COFEN: Uso de EPI em áreas críticas [Internet]. Distrito Federal: COFEN; 2020. Uso de EPI; [revised 2021 Nov 19; cited 2021 Sep 8]; [1-5]. Available from: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/NOTA_TECNICA-COFEN.pdf.

[13] Santos VB, Sousa BVN, Pereira BGA, Mendes BZ, Reis FCGP. Barreiras de Comunicação Enfrentadas pelos Profissionais de Saúde no Atendimento à COVID-19: Revisão Integrativa. Epitaya E-Books. 2021; 1(9):153-67. doi: https://doi.org/10.47879/ed.ep.2021304p153.

[14] Freitas BHBM, Costa AIL, Diogo PMJ, Gaíva MAM. Emotional labor in pediatric nursing considering the repercussions of covid-19 in childhood and adolescence. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(spe):e20200217. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200217.

[15] Freitas ARR, Napimoga M, Donalisio MR. Assessing the severity of COVID-19. Epidemiol. Serv. Saude. 2020;29(2):e2020119. doi: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200008.

[16] Báo ACP, Amestoy SC, Bertoldi K, Barreto LNM, Nomura ATG, Silveira JC de S da. Patient safety in the face of the COVID-19 pandemic: theoretical-reflective essay. RSD [Internet]. 2020; 9(11):e73091110252. doi: https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10252.

[17] Neves L, Gondim AA, Soares SC, Coelho DP, Pinheiro JA. The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. Esc. Anna Nery. 2018;22(2):1-8. doi: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0304.

[18] Moraes CLK, Tavares DC, Freitas GB, Aued GK. A perspectiva dos enfermeiros sobre o acompanhante na UTI em tempos de COVID-19. Glob Acad Nurs. 2021;2(Spe.2):e108. doi: https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200108.

[19] Ramos RS. A Enfermagem Oncológica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19: Reflexões e Recomendações para a Prática de Cuidado em Oncologia Revista Brasileira de Cancerologia 2020; 66(TemaAtual):e-1007. doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1007.

[20] Stone L. Coping during a pandemic. Aust J Gen Pract 2020;49 Suppl 19. doi: https://doi.org/10.31128/AJGPCOVID-19.

[21] Pombo S, Ferro A. Protocolo cognitivo-comportamental para a perturbação de pânico: eficácia numa amostra portuguesa. Psicol, Saúde & Doença. 2018; 19(3):693-709. doi: https://doi.org/10.15309/18psd190318.

[22] Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. American journal of infection control. 2020; 48(6):592–98. doi: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018.

[23] Wu K, Wei X. Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID-19 in China. Medical science monitor basic research. 2020;26: e924085. doi: https://doi.org/10.12659/MSMBR.924085.

[24] Ding K, Yang J, Chin MK, Sullivan L, Demirhan G, Violant-Holz V, et al. Mental Health among Adults during the COVID-19 Pandemic Lockdown: A Cross-Sectional Multi-Country Comparison. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021; 18(5): 2686. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18052686.

[25] Almaguer AC, Alvarez AKG, Santos EZ. Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. Revista Cubana de Enfermería 2020; 36(2). doi: https://doi.org/10.1590/scielopreprints.252.

[26] Nascimento RB, Araújo IFL, Vieira ES, Oliveira ACA, Araújo RLMS. Estratégias de enfrentamento para manutenção da saúde mental do trabalhador em tempos de Covid-19: Uma Revisão Integrativa. Rev Psi Divers Saúde [Internet]. 2021; 10(1):181-97. doi: https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v10i1.3201.

Capítulo 3

Incidência da Síndrome de Burnout em gestores do setor de construção civil de Sobral-CE

Eder Paulus Moraes Guerra
Herik Zednik Rodrigues

Resumo: A pesquisa investigou a incidência da Síndrome de Burnout em gestores do setor de construção civil de Sobral-CE. A literatura, fundamentada em autores como Santos (2018), Almeida (2017) e Hirschle e Gondim (2020), destaca a relevância científica do estudo ao evidenciar a crescente preocupação com a saúde mental no ambiente de trabalho, especialmente em setores de alta demanda como a construção civil. A Síndrome de Burnout é definida como um estado de exaustão física e emocional resultante do estresse crônico no trabalho. Os objetivos incluem identificar os níveis de estresse e Burnout entre os gestores, bem como propor estratégias de intervenção para mitigar esses efeitos. O método empregado foi um estudo transversal explicativo com abordagem quantitativa. A pesquisa contou com a participação de 50 gestores do setor da construção civil em Sobral-CE. Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados, que abordaram tanto dados demográficos quanto questões específicas relacionadas ao estresse e Burnout. Os resultados indicaram níveis significativos de estresse e incidência de Burnout entre os gestores, destacando a necessidade urgente de intervenções eficazes. A análise dos dados revelou que fatores como a alta demanda de trabalho, a pressão por resultados e a falta de suporte social são determinantes críticos para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. A pesquisa sugere que a implementação de programas de bem-estar e suporte psicológico pode reduzir significativamente os níveis de estresse e melhorar a qualidade de vida dos gestores. A discussão aborda a importância de políticas organizacionais voltadas para a saúde mental, enfatizando que a prevenção e o manejo do Burnout não são apenas benéficos para os indivíduos, mas também para a produtividade e sustentabilidade das empresas. A pesquisa contribui para a literatura existente sobre saúde ocupacional, fornecendo diretrizes para a prevenção e manejo da Síndrome de Burnout na construção civil.

Palavras-chave: construção civil, estresse ocupacional, Síndrome de Burnout.

1. INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional, um problema crescente no mercado de trabalho globalizado, impacta significativamente a saúde e a produtividade dos trabalhadores, especialmente em setores de alta demanda como a construção civil. Gestores de micro e pequenas empresas nesse setor enfrentam desafios diários que podem levar a problemas graves de saúde mental, incluindo a Síndrome de Burnout, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Hirschle; Gondim, 2020; Schmidt; Diehl, 2018).

Este estudo investiga a prevalência e os fatores que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre gestores da construção civil em Sobral-CE. Através de uma metodologia quantitativa, utilizando questionários estruturados aplicados a uma amostra de 50 gestores, a pesquisa busca identificar as principais manifestações do estresse ocupacional nesse grupo específico. Adicionalmente, o estudo se propõe a formular estratégias de prevenção e intervenção, com o objetivo de promover o bem-estar dos gestores e contribuir para a melhoria das práticas de gestão de saúde ocupacional no setor.

A escolha de Sobral-CE como foco da pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as particularidades do estresse ocupacional nesse setor e região, e de propor medidas preventivas e de intervenção que possam ser aplicadas localmente. Espera-se que este estudo contribua para a literatura sobre saúde ocupacional, fornecendo diretrizes práticas para a prevenção e o manejo da Síndrome de Burnout na construção civil.

Ao analisar a complexa relação entre o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout, a pesquisa busca compreender como o estresse crônico, se não identificado e manejado adequadamente, pode desencadear respostas psicológicas e físicas adversas, culminando na Síndrome de Burnout. A investigação se aprofunda na maneira como essa síndrome afeta a qualidade de vida dos gestores, impacta a produtividade e a qualidade do trabalho, e, consequentemente, a saúde organizacional como um todo.

A relevância do tema justifica-se pela necessidade de ampliar a compreensão sobre a alta prevalência da Síndrome de Burnout entre profissionais, especialmente em setores de alta demanda como a construção civil. O estudo busca contribuir para a desmistificação do estresse no trabalho e para a conscientização sobre os seus malefícios, visando a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável.

2. SÍNDROME DE BURNOUT: UMA ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL NO CONTEXTO LABORAL

A relação entre indivíduo e organização é complexa e permeada por expectativas, motivações e, muitas vezes, desilusões. A promessa de crescimento profissional e pessoal frequentemente se choca com a realidade do ambiente de trabalho, onde a autonomia individual é limitada pelas demandas e exigências organizacionais, culminando em um risco aumentado de adoecimento físico e psicológico, incluindo a Síndrome de Burnout.

A globalização intensificou a competitividade no mercado, gerando uma cultura organizacional focada em resultados e exacerbando a desigualdade entre os membros. Essa cultura, permeada por estressores organizacionais, como a perda de valores, o aumento do egoísmo e a busca incessante por resultados, pode levar ao estresse laboral

crônico e, consequentemente, à Síndrome de Burnout, caso não seja adequadamente gerenciada.

A Síndrome de Burnout, uma resposta psicológica ao estresse crônico relacionado ao trabalho, caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, impactando negativamente a cognição, a eficiência no trabalho e a qualidade de vida do indivíduo. Essa síndrome se manifesta em três dimensões principais mais frequentemente relatada pelos trabalhadores (Schmidt; Diehl, 2018):

- Exaustão emocional: representa o esgotamento físico e mental do indivíduo, impedindo-o de realizar suas tarefas com a mesma energia e entusiasmo de antes. Essa exaustão pode se manifestar em sintomas físicos, como fadiga, dores musculares e distúrbios do sono, e em sintomas psicológicos, como apatia, irritabilidade e dificuldade de concentração.
- Despersonalização: caracteriza-se pelo desenvolvimento de atitudes negativas e distanciamento em relação aos colegas de trabalho e clientes. O indivíduo passa a tratar as pessoas como objetos, demonstrando frieza, indiferença e falta de empatia. Essa despersonalização é um mecanismo de defesa para lidar com a sobrecarga emocional e proteger-se de maiores desgastes.
- Diminuição da realização pessoal: reflete a insatisfação do indivíduo com suas atividades profissionais e a perda de autoestima. O indivíduo sente-se incapaz de realizar suas tarefas com a mesma qualidade de antes, questionando suas habilidades e competências. Essa diminuição da realização pessoal pode levar à desmotivação, ao desinteresse pelo trabalho e à sensação de fracasso.

A atividade laboral por si só gera estresse, pois determina a exposição do colaborador a determinados estressores, que dependendo de como são vivenciados, enfrentados e resolvidos, determinará a resposta individual, seja ela adaptativa ou desadaptativa. Todos os seres vivos estão rodeados de diversos estímulos que provocam reações quando entramos em contato com eles, o que ocorre também na vida profissional. Quando o trabalhador faz parte de uma organização, ele está rodeado de diversos fatores que podem motivá-lo ou desmotivá-lo, refletindo isso na sua vida profissional e extralaboral (Estupinan; Botero, 2016). Desse modo, diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, incluindo:

- Características individuais: perfeccionismo, necessidade de controle, alto grau de autoexigência, baixa tolerância ao fracasso e dificuldade em lidar com frustrações.
- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo e estado civil. Jovens profissionais, mulheres com dupla jornada de trabalho e indivíduos solteiros podem ser mais vulneráveis à síndrome.
- Aspectos do ambiente de trabalho: alta demanda, falta de autonomia, baixo suporte social, longas jornadas de trabalho, pressão por resultados, relações interpessoais conflituosas, falta de reconhecimento e recompensas, ambiguidade de papéis e falta de clareza nas expectativas.

De acordo com os estudos de Estupinan e Botero (2016), a Síndrome de Burnout tem consequências negativas tanto para o trabalhador quanto para a empresa. No trabalhador as consequências estão relacionadas a fatores psicossomáticos, comportamentais, emocionais, atitudinais e sociais:

- Problemas de saúde física e mental: dores de cabeça, fadiga crônica, distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, ansiedade, depressão, irritabilidade, perda de autoestima, isolamento social e ideação suicida.
- Diminuição da produtividade: dificuldade de concentração, aumento de erros, lentidão na execução de tarefas, desmotivação, absenteísmo e abandono do emprego.

Enquanto as consequências para a empresa fazem com que o comprometimento dos trabalhadores seja reduzido.

- Aumento da rotatividade de pessoal: perda de profissionais qualificados, custos com recrutamento e treinamento de novos funcionários.
- Queda na qualidade dos serviços prestados: insatisfação dos clientes, perda de competitividade no mercado.
- Aumento de custos com saúde: afastamentos por licença médica, custos com tratamentos de saúde.
- Deterioração do clima organizacional: aumento de conflitos interpessoais, queda na motivação e no engajamento dos funcionários.
- Reconhecimento e Subnotificação da Síndrome de Burnout.

Apesar de ser reconhecida como doença ocupacional pela legislação brasileira e pela Organização Mundial da Saúde, a Síndrome de Burnout ainda é subnotificada e frequentemente confundida com outros transtornos mentais, como a depressão. Essa subnotificação pode ser atribuída a diversos fatores, como: falta de conhecimento sobre a síndrome - muitos trabalhadores e empresas desconhecem os sintomas e as consequências da Síndrome de Burnout; estigma associado à saúde mental - muitos trabalhadores temem ser discriminados ou perderem seus empregos caso relatem problemas de saúde mental; dificuldade em diagnosticar a síndrome - os sintomas da Síndrome de Burnout podem ser semelhantes aos de outros transtornos mentais, o que dificulta o diagnóstico preciso.

O Maslach Burnout Inventory (MBI) é uma ferramenta importante para o diagnóstico da Síndrome de Burnout, permitindo a identificação dos seus sintomas e a avaliação do seu impacto na vida do trabalhador. O MBI é um questionário autoaplicável que avalia as três dimensões da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

Nesse contexto, a prevenção e a intervenção precoce são essenciais para combater a Síndrome de Burnout e promover a saúde mental dos trabalhadores. Infere-se que as empresas devem implementar medidas para: promover um ambiente de trabalho saudável - com suporte social, autonomia, reconhecimento do trabalho realizado, comunicação eficaz, equilíbrio entre vida profissional e pessoal e oportunidades de desenvolvimento profissional; oferecer treinamentos sobre gestão do estresse - para que os trabalhadores aprendam a identificar os sintomas do estresse, desenvolver estratégias de enfrentamento e buscar ajuda profissional quando necessário; implementar programas de bem-estar - que promovam a saúde física e mental dos trabalhadores, como atividades físicas, técnicas de relaxamento, *mindfulness* e aconselhamento psicológico; criar uma cultura organizacional que valorize a saúde mental - com políticas claras de combate ao estresse ocupacional, apoio aos trabalhadores que sofrem com problemas de saúde mental e combate ao estigma associado à saúde mental.

2.1. SÍNDROME DE BURNOUT NA CONSTRUÇÃO CIVIL: UM DESAFIO PREMENTE PARA GESTORES

O esgotamento profissional, ou Burnout, é uma síndrome reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e representa uma questão premente na indústria da construção (Pearson, 2021). A natureza de alta pressão e orientada para tarefas, típica de uma indústria de mão de obra intensiva, torna os trabalhadores da construção mais propensos ao Burnout (Ni et al., 2022).

É comum na construção civil inserir profissionais em projetos de alto estresse, sem incentivar práticas saudáveis como alimentação adequada e sono suficiente, mas ainda assim esperar um desempenho de alto nível. Embora os trabalhadores, frequentemente, consigam entregar os projetos, isso ocorre a um custo elevado para sua saúde, contribuindo para a segunda maior taxa de suicídio entre todos os setores (Pearson, 2021).

A indústria da construção é considerada uma das mais perigosas e insalubres devido aos elevados níveis de estresse e ao ambiente orientado para tarefas. Os projetos de construção, geralmente de grande escala, complexos e integrados, envolvem múltiplas partes interessadas, expondo os profissionais a altos níveis de risco e exigindo que lidem com tarefas complexas em prazos limitados (Ni et al., 2022).

A cultura da construção civil, que celebra a "atitude de durão", pressiona os profissionais a ignorarem seus limites e a não demonstrarem vulnerabilidade, mesmo quando se sentem sobrecarregados (Pearson, 2021). Embora muitos trabalhadores da construção sejam resilientes, os sintomas de estresse acabam se manifestando no corpo físico, como exaustão constante, dificuldade para dormir, dores de cabeça, doenças autoimunes e problemas estomacais.

A adrenalina em alta constante leva a um estado de estresse perpétuo, a definição exata de Burnout: "uma síndrome que resulta do estresse crônico no local de trabalho que não é gerido com sucesso" (Pearson, 2021). O Burnout impacta negativamente tanto o indivíduo, com estresse, pressão alta e problemas de sono, quanto o empregador, com dias perdidos e alta rotatividade. A prevenção do Burnout, por outro lado, contribui para maior produtividade e desempenho.

A Síndrome de Burnout pode ser desencadeada por fatores pessoais, organizacionais ou ambos. A desvalorização do trabalho, a alta carga de trabalho, a falta de clareza nas expectativas, a instabilidade no emprego e o excesso de responsabilidades são alguns dos elementos que podem levar ao esgotamento (Estupinan; Botero, 2016).

Diversos estudos têm explorado abordagens para reduzir o Burnout entre os trabalhadores da construção. A maioria das pesquisas se concentra na identificação das causas da síndrome, com base na teoria da conservação de recursos, mas poucos estudos investigam as interações entre os principais fatores contribuintes (Ni et al., 2022).

A detecção precoce do Burnout é crucial para a implementação de estratégias de intervenção eficazes, tanto para o bem-estar do indivíduo quanto para a saúde da organização. A identificação dos sinais e sintomas, que podem passar despercebidos por muito tempo, permite a implementação de medidas para evitar problemas futuros e manter a qualidade de vida dos trabalhadores (Estupinan; Botero, 2016).

O Burnout impacta negativamente a qualidade do trabalho, afetando a saúde física e mental dos trabalhadores, o desempenho laboral e, consequentemente, a organização (Estupinan; Botero, 2016).

A literatura sobre liderança aponta que os gestores podem atuar como amortecedores do estresse laboral ou como fontes de estresse para seus liderados (Taube; Carlotto, 2022). A necessidade de equilibrar as demandas da produção com o bem-estar da equipe, em um setor já marcado por alta pressão, coloca os gestores da construção civil em uma posição particularmente desafiadora.

Gestores com recursos psicológicos esgotados tendem a apresentar comportamentos negativos de gestão, agindo de forma destrutiva com seus liderados, especialmente sob pressão (Taube; Carlotto, 2022). O estresse e a ansiedade podem afetar a capacidade do gestor de se dedicar à organização, comprometendo sua liderança e a saúde da equipe (Sanches et al., 2016).

O modelo tradicional de gestão, focado em controle e sistematização, pode se tornar um obstáculo à inovação e à criatividade, essenciais para o sucesso no mercado atual. A rigidez na gestão pode gerar frustração e desmotivação, tanto para o gestor quanto para a equipe, contribuindo para o desenvolvimento do Burnout.

A pesquisa de Freitas et al. (2021) demonstra que o tempo de atuação no setor da construção civil é um fator de estresse, especialmente para aqueles com mais de 5 anos de experiência. A exposição prolongada aos estressores do ambiente de trabalho pode levar ao esgotamento físico e mental, aumentando o risco de Burnout.

A diversidade de cargos na construção civil, cada um com suas responsabilidades e desafios específicos, influencia a experiência de estresse e Burnout entre os gestores. A Teoria do Recurso-Conservação (Hobfoll, 1989) sugere que gestores em diferentes cargos têm acesso a diferentes tipos de recursos que podem ajudar a mitigar o estresse e prevenir o Burnout.

A análise dos dados sobre o tempo de atuação em cargos de gestão na construção civil em Sobral-CE revela uma distribuição diversificada de experiência, com gestores em diferentes estágios de carreira. Essa variedade pode impactar a dinâmica organizacional e a abordagem ao estresse ocupacional, com gestores novatos necessitando de mais orientação e os mais experientes podendo oferecer mentoria (Teoria da Aprendizagem Social - Bandura, 1977).

A Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho (Demerouti et al., 2001; Bakker e Demerouti, 2007) e o Modelo de Estresse de Karasek (Karasek, 1979) ajudam a compreender como as demandas do trabalho, o controle sobre o trabalho e o suporte organizacional influenciam o estresse e o Burnout.

A pesquisa de Takahashi et al. (2012) destaca a precarização do trabalho na indústria da construção, com a falta de mão de obra qualificada e as dificuldades de fiscalização, tornando os trabalhadores mais vulneráveis à violação de seus direitos e ao estresse ocupacional.

A despersonalização, um dos componentes da Síndrome de Burnout (Maslach; Jackson, 1981), é um mecanismo de enfrentamento utilizado por trabalhadores que se sentem sobrecarregados pelas demandas do trabalho e pela falta de recursos (Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho - Bakker e Demerouti, 2007). A Teoria da Equidade

(Adams, 1965) sugere que a percepção de injustiça no trabalho também pode contribuir para a despersonalização.

A Teoria Yerkes-Dodson (Yerkes; Dodson, 1908) explica a relação entre estresse e produtividade, mostrando que existe um nível ótimo de estresse que leva ao desempenho máximo. O Modelo Demanda-Controle (Karasek, 1979) e o Modelo de Desgaste Progressivo (Schaufeli; Bakker, 2004) complementam essa perspectiva, mostrando como o estresse crônico pode impactar negativamente a produtividade.

A pesquisa de Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020) identifica diversos fatores relacionados ao estresse no trabalho, como a alta demanda, a falta de tempo para concluir as tarefas, a falta de clareza sobre o papel do trabalhador e a falta de autonomia.

O estudo de Freitas et al. (2021) demonstra que as condições de trabalho e a natureza do emprego podem afetar a saúde, o bem-estar, a produtividade e a segurança no local de trabalho. Fatores psicossociais adversos, como altas demandas e baixo controle, estão associados a doenças e absenteísmo.

A Teoria da Autodeterminação (Deci; Ryan, 2000) destaca a importância da autonomia e do controle pessoal no bem-estar. Técnicas de gestão de tempo, como priorização de tarefas e estabelecimento de metas, podem aumentar a sensação de competência e autonomia, reduzindo o estresse.

A Teoria do Suporte Organizacional (Eisenberger et al., 1986) propõe que a percepção de suporte por parte da organização contribui para a saúde mental, a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional.

A pesquisa de Wu, Hu e Zheng (2019) recomenda que as empresas de construção implementem programas de assistência aos empregados (EPA), avaliações de estresse, aconselhamento psicológico e mecanismos de alerta e controle do estresse.

Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020) sugerem que as organizações devem implementar programas de saúde ocupacional que melhorem as condições de trabalho, incentivem a participação dos trabalhadores, promovam o trabalho em equipe e reforcem a autoestima.

Maslach e Leiter (2016) destacam o estresse ocupacional como um risco significativo para a saúde mental dos trabalhadores. Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) descrevem o Burnout como uma resposta ao estresse crônico no trabalho, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

Quick, Cooper, Nelson, Quick e Gavin (2008) enfatizam a necessidade de estratégias organizacionais para promover ambientes de trabalho saudáveis. Richardson e Rothstein (2008) demonstram a eficácia de atividades físicas e técnicas de relaxamento na redução dos níveis de estresse.

Lingard e Francis (2004) apontam que a cultura organizacional da construção civil tradicionalmente se concentra mais em segurança física do que em saúde mental. Grawitch e Ballard (2016) defendem a integração de programas de bem-estar e suporte psicológico no local de trabalho.

Em suma, a pesquisa evidencia a necessidade crítica de abordar o estresse ocupacional e promover a saúde mental entre os gestores da construção civil. As organizações devem implementar programas de bem-estar, treinamentos em gestão de estresse, criar ambientes de trabalho que suportem pausas e descanso, e aumentar a conscientização e

o suporte à saúde mental. Essas ações beneficiarão a saúde dos gestores, a produtividade e a qualidade do trabalho.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa, de natureza aplicada, utilizou um estudo de levantamento transversal explicativo com abordagem quantitativa para investigar a incidência da Síndrome de Burnout em gestores da construção civil em Sobral-CE. O objetivo foi identificar os níveis de estresse e Burnout, analisar os fatores de risco e as estratégias de enfrentamento, e propor medidas preventivas e de intervenção.

A amostra foi composta por 50 gestores de empresas de construção civil em Sobral-CE, selecionados por amostragem não probabilística intencional, visando capturar a diversidade de experiências e contextos organizacionais. A escolha de Sobral-CE justifica-se pela alta incidência de estresse e transtornos psicológicos em profissionais da construção civil.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas, divididas em seções:

1. Dados demográficos: perguntas de múltipla escolha sobre idade, sexo, escolaridade e tempo de atuação no setor.
2. Experiência de estresse e Burnout: perguntas baseadas na escala Likert (discordo totalmente a concordo totalmente) sobre a frequência de sentimentos de esgotamento emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.
3. Fatores de risco no trabalho: perguntas sobre o nível de estresse causado por prazos, demandas, pressões de trabalho e outros desafios específicos do setor.
4. Impacto no desempenho e na saúde: perguntas sobre como o estresse afeta a produtividade, a saúde física e mental dos gestores.
5. Estratégias de enfrentamento e suporte organizacional: perguntas sobre as estratégias utilizadas para gerenciar o estresse, o suporte oferecido pela empresa e a percepção sobre o nível de conscientização sobre saúde mental na organização.

A análise dos dados coletados foi realizada por meio de métodos estatísticos descritivos, buscando identificar padrões, correlações e possíveis causas do estresse e Burnout entre os gestores da construção civil em Sobral-CE.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Quanto à faixa etária dos respondentes, a pesquisa demonstrou que a maioria dos gestores que responderam ao questionário (58%) se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo 30% entre 20 e 29 anos e 28% entre 30 e 39 anos. A faixa etária de 40 a 59 anos representa 34% da amostra, com 20% entre 40 e 49 anos e 14% entre 50 e 59 anos. Apenas 8% dos gestores têm 60 anos ou mais. Não houve respondentes com menos de 20 anos.

Essa distribuição etária sugere um predomínio de gestores relativamente jovens no setor da construção civil em Sobral-CE. A maior parcela (30%) com idade entre 20 e 29 anos indica um influxo de novos profissionais assumindo cargos de gestão. Essa tendência

pode refletir a expansão do setor na região e a necessidade de novos líderes para acompanhar o crescimento.

A presença significativa de gestores entre 30 e 39 anos (28%) demonstra um grupo em ascensão profissional, consolidando suas carreiras e assumindo responsabilidades de liderança. A experiência acumulada por esses gestores, combinada com a energia e a adaptabilidade características dessa faixa etária, pode ser um fator positivo para a inovação e o dinamismo do setor.

A faixa etária de 40 a 59 anos, que representa 34% da amostra, demonstra a presença de gestores experientes, com conhecimento consolidado e maturidade profissional. Esses profissionais provavelmente desempenham papéis estratégicos nas empresas, contribuindo para a estabilidade e a solidez do setor.

A menor proporção de gestores com 60 anos ou mais (8%) pode indicar uma tendência de aposentadoria nesse grupo, ou uma menor participação em pesquisas online. É importante destacar que a experiência e o conhecimento acumulados por esses profissionais são valiosos para o setor, e que estratégias de retenção de talentos e mentoria podem ser benéficas para a transmissão de conhecimento e a continuidade da liderança.

A idade é um fator relevante no contexto do estresse ocupacional, como apontado por Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020), que sugerem que a satisfação no trabalho tende a diminuir com a idade. A pesquisa demonstrou que a maior parcela de gestores que relatam sentir-se emocionalmente esgotados pelo trabalho (Gráfico 1) está na faixa etária de 20 a 29 anos (62%), o que corrobora essa perspectiva.

A análise da distribuição etária dos gestores em relação aos níveis de estresse e Burnout, bem como aos fatores de risco e estratégias de enfrentamento, pode fornecer *insights* valiosos para a implementação de políticas de saúde mental e suporte organizacional mais eficazes. A compreensão das necessidades específicas de cada faixa etária pode contribuir para a criação de um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo para todos os gestores.

A análise do tempo de atuação dos gestores no setor da construção civil em Sobral-CE revelou uma distribuição equilibrada entre profissionais com diferentes níveis de experiência. 40% dos gestores atuam no setor há até 5 anos, o que indica um influxo considerável de novos profissionais, trazendo novas perspectivas e potencial para inovação. Simultaneamente, 32% dos gestores possuem entre 11 e 20 anos de experiência, representando uma base sólida de conhecimento e expertise no setor.

Essa combinação de gestores com diferentes tempos de atuação pode ser benéfica para a dinâmica do setor, promovendo a troca de conhecimentos e a integração de diferentes abordagens. No entanto, a pesquisa também aponta para a necessidade de estratégias que garantam a transição geracional de conhecimento, com 14% dos gestores atuando há mais de 20 anos, e que minimizem os riscos de Burnout, especialmente para aqueles com maior tempo de exposição aos estressores ocupacionais (Freitas et al., 2021).

A pesquisa destaca que o tempo de atuação prolongado no setor, especialmente para aqueles com mais de 5 anos de experiência (60% da amostra), pode ser um fator de estresse, corroborando as descobertas de Freitas et al. (2021). A exposição contínua aos desafios e pressões do ambiente de trabalho pode levar ao esgotamento físico e mental, aumentando o risco de Burnout.

A análise sugere a importância de programas de desenvolvimento profissional contínuo para gestores em todas as fases de suas carreiras, além de políticas de saúde mental que considerem as necessidades específicas de cada grupo, promovendo o bem-estar e a longevidade profissional.

A pesquisa revelou uma diversidade de cargos ocupados pelos gestores participantes, refletindo a complexidade da gestão na construção civil, que abrange desde a supervisão direta de obras até a administração estratégica de empresas. Essa variedade de funções implica em diferentes responsabilidades, desafios e níveis de exposição a estressores ocupacionais, o que pode influenciar a experiência de estresse e Burnout de cada gestor.

A aplicação da Teoria do Recurso-Conservação (Hobfoll, 1989) nesse contexto sugere que gestores em diferentes cargos possuem acesso a diferentes tipos de recursos para lidar com o estresse, como apoio social, autonomia e conhecimento técnico. A pesquisa demonstra a necessidade de abordagens personalizadas para o bem-estar dos gestores, com estratégias de enfrentamento e suporte adaptadas às demandas específicas de cada função.

A análise do tempo de atuação dos gestores em seus cargos revelou uma distribuição diversificada de experiência, com a maior parcela (34%) consolidando suas carreiras, com 1 a 3 anos de experiência. 22% possuem experiência estabelecida (4-7 anos), 20% são veteranos (mais de 10 anos), 18% estão em início de carreira (menos de 1 ano) e apenas 6% atuam em gestão de longo prazo (8-10 anos).

Essa variedade de experiência pode impactar a dinâmica organizacional e a abordagem ao estresse ocupacional, com gestores novatos necessitando de mais orientação e treinamento, enquanto os mais experientes podem oferecer mentoria e compartilhar práticas eficazes (Karasek, 1979; Schaufeli; Bakker, 2004; Bandura, 1977). A pesquisa sugere que a indústria da construção civil em Sobral-CE enfrenta desafios relacionados ao estresse e Burnout, com a necessidade de políticas de recursos humanos que atendam às necessidades específicas de gestores em diferentes níveis de experiência.

A seção 2 do questionário analisou a experiência de estresse e Burnout entre os respondentes. A análise da frequência com que os gestores se sentem emocionalmente esgotados pelo trabalho revelou que 62% dos respondentes indicaram níveis intermediários a altos de esgotamento emocional (pontuações 3 a 5 na escala Likert). Esse resultado demonstra que o esgotamento emocional é uma questão significativa entre os gestores da construção civil em Sobral-CE, sugerindo a necessidade de medidas de apoio e intervenção para promover o bem-estar emocional desses profissionais.

A aplicação da Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho (Demerouti et al., 2001; Bakker e Demerouti, 2007) e da Teoria do Desgaste Ocupacional (Schaufeli e Bakker, 2004) auxilia na compreensão desse resultado. O setor da construção civil apresenta altas demandas, como prazos apertados, metas desafiadoras e responsabilidades complexas, que podem exceder os recursos disponíveis para os gestores lidarem com essas demandas, levando ao esgotamento emocional.

A precarização do trabalho na construção civil, com a falta de mão de obra qualificada e as dificuldades de fiscalização, como apontado por Takahashi et al. (2012), também pode contribuir para o aumento do estresse e do esgotamento emocional entre os gestores. A exposição a condições de trabalho precárias e a violação de direitos trabalhistas podem gerar um ambiente de trabalho insalubre e desgastante.

Quanto à pergunta "Com que frequência você se sente despersonalizado ou distante dos colegas de trabalho?", observamos que a maioria dos gestores (88%) se sente despersonalizado ou distante dos colegas de trabalho em algum nível (pontuações de 2 a 4), com uma porcentagem significativa (32%) relatando uma frequência intermediária. Isso pode indicar que questões como a despersonalização são relevantes no ambiente de trabalho e podem estar relacionadas a fatores de estresse ocupacional. A ausência de respostas no extremo da escala (5) é positiva, pois sugere que não há uma prevalência de despersonalização total entre os gestores. No entanto, a presença de sentimentos de despersonalização e distanciamento ainda é um sinal de alerta que merece atenção para melhorar a saúde mental e as relações interpessoais no local de trabalho.

A despersonalização, um componente da Síndrome de Burnout (Maslach; Jackson, 1981), caracteriza-se por uma resposta desapegada aos aspectos relacionais do trabalho, com o profissional tratando colegas e clientes como objetos. A pesquisa revelou que 88% dos gestores se sentem despersonalizados ou distantes dos colegas de trabalho em algum nível, com 32% relatando uma frequência intermediária.

A Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho (Bakker e Demerouti, 2007) sugere que a despersonalização pode ser um mecanismo de enfrentamento em situações de alta demanda e recursos limitados. A Teoria da Equidade (Adams, 1965) complementa essa perspectiva, indicando que a percepção de injustiça nas relações de trabalho também pode contribuir para a despersonalização.

Embora a ausência de respostas no extremo da escala (5) sugira que não há uma prevalência de despersonalização total entre os gestores, a presença desses sentimentos, mesmo em níveis intermediários, é um sinal de alerta que demanda atenção para a melhoria da saúde mental e das relações interpessoais no ambiente de trabalho.

A seção 3 do questionário buscou entender os fatores de risco no trabalho. Quanto ao nível de estresse, a pesquisa revelou que prazos, demandas e pressões de trabalho são fontes significativas de estresse para a maioria dos gestores (66%). A gestão de prazos e o cumprimento de cronogramas foram apontados como o maior desafio, seguidos pelas pressões da alta carga de trabalho e pela administração de recursos.

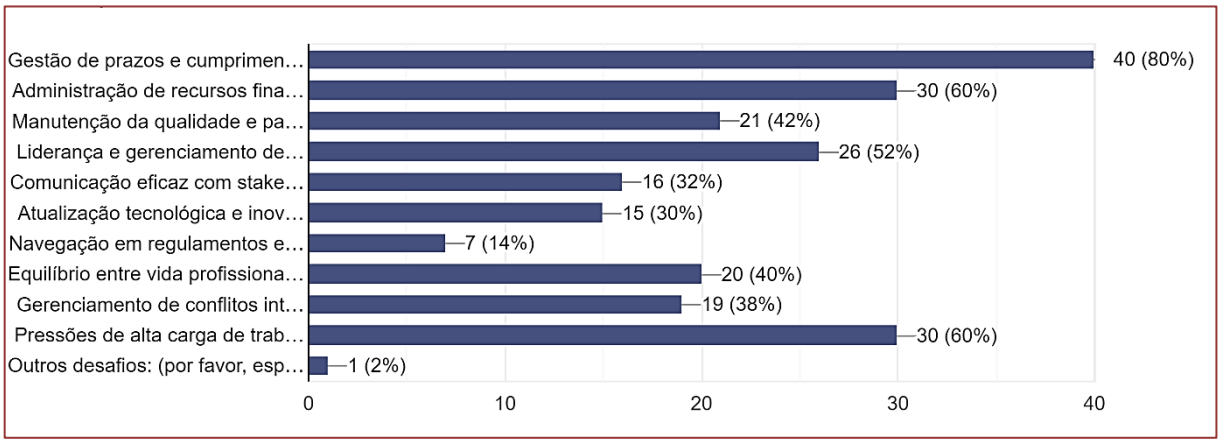
Esses resultados, alinhados com a Teoria das Demandas-Recursos do Trabalho (Bakker e Demerouti, 2007) e o Modelo de Estresse de Karasek (1979), destacam a necessidade de estratégias para mitigar o estresse ocupacional, como o aprimoramento do planejamento, a gestão de tempo, o suporte organizacional (Kahn; Byosiere, 1992) e o reconhecimento do esforço dos gestores.

O Gráfico 1, associado à pergunta "Quais são os maiores desafios que você enfrenta no seu trabalho como gestor na construção civil?", apresenta os resultados de uma questão do tipo caixa de seleção, onde os gestores poderiam marcar todas as opções que se aplicam. Analisando o Gráfico 1, podemos observar que a gestão de prazos e cumprimento de cronogramas é o desafio mais comumente relatado pelos gestores, seguido de perto pelas pressões de alta carga de trabalho e pela administração de recursos. Mais da metade dos gestores também relatam desafios com liderança e gerenciamento de equipe. Esses resultados indicam áreas críticas que podem exigir atenção especial para melhorar a eficácia da gestão e o bem-estar dos gestores na construção civil.

É importante notar que os gestores puderam escolher mais de uma opção, refletindo a complexidade e a natureza diversificada dos desafios enfrentados no setor. As organizações podem usar essas informações para desenvolver programas de

treinamento, oferecer suporte adicional e implementar políticas que abordem esses desafios específicos, visando melhorar o ambiente de trabalho e a eficiência operacional.

Gráfico 1: Maiores desafios enfrentados no trabalho como gestor na construção civil



Fonte: Autoria própria.

Para Moreira (2021) deve-se considerar que no setor da construção é intrínseco que os profissionais que atuam na área são expostos a inúmeros fatores estressantes e que têm impactos negativos em seu bem-estar mental, como longas horas de trabalho e elevada carga laboral, conflito de papéis, excesso de responsabilidades como no caso dos gestores, insatisfação e conflitos entre trabalho e família.

A seção 4 do questionário abordou questões relacionadas ao impacto no desempenho e na saúde. A questão abordou "O estresse no trabalho tem afetado sua produtividade?", o resultado revelou que 58% dos gestores acreditam que o estresse diminui sua produtividade, indicando um problema significativo de estresse ocupacional que afeta a eficiência no trabalho. Em contraste, 32% dos gestores relataram que o estresse aumenta sua produtividade, sugerindo que, para alguns, o estresse pode atuar como um motivador. Apenas 10% dos gestores afirmaram que o estresse não afeta sua produtividade.

Esses dados destacam a necessidade de as organizações implementarem estratégias para gerenciar o estresse no local de trabalho, como programas de bem-estar, treinamento em gestão do estresse e promoção do equilíbrio entre vida profissional e pessoal. A Teoria Yerkes-Dodson (1908) apoia esses achados, sugerindo que um nível ótimo de estresse pode maximizar o desempenho, enquanto muito pouco ou muito estresse pode reduzi-lo. O Modelo Demanda-Controle (Karasek, 1979) e o Modelo de Desgaste Progressivo (Schaufeli; Bakker, 2004) também corroboram a ideia de que altas demandas e baixo controle no trabalho podem levar a altos níveis de estresse e esgotamento, prejudicando a produtividade.

A questão seguinte detalhou como o estresse afetou a produtividade dos gestores que afirmaram sentir seu impacto no desempenho. A maioria dos gestores (62,9%) relatou dificuldades de concentração e aumento de erros ou diminuição da qualidade do trabalho, indicando que o estresse compromete a eficiência e eficácia. Além disso, 42,9% dos gestores mencionaram que o estresse os tornou mais lentos na execução das atividades, afetando a gestão do tempo e a produtividade.

Por outro lado, uma menor proporção de gestores relatou efeitos positivos do estresse, com 20% indicando melhor foco em situações de pressão e 14,3% relatando maior rapidez na conclusão das tarefas. Apenas 2,9% selecionaram a opção "Outros", sugerindo que a maioria dos efeitos do estresse foi capturada pelas opções fornecidas.

Esses resultados sublinham a necessidade de abordagens proativas para gerenciar o estresse no ambiente de trabalho, como treinamento em habilidades de gerenciamento de tempo e concentração, além de criar um ambiente que minimize o estresse desnecessário e promova a saúde mental dos gestores.

Para Astorquiza-Bustos, Castillo-Caicedo e Gómez-Mejía (2020), fatores como trabalho excessivamente exigente, falta de tempo para concluir as tarefas, falta de clareza sobre o papel do trabalhador, desequilíbrios entre as exigências do trabalho e a competência do trabalhador estão ligados a condição de estresse. Também existem fatores relacionados, como a falta de influência na forma como o trabalho é realizado sozinho, principalmente se for voltado para o público.

Também foi perguntado acerca de como o estresse afetou a produtividade dos gestores, os quais afirmaram sentir seu impacto no desempenho. A maioria dos gestores (62,9%) relatou dificuldades de concentração e aumento de erros ou diminuição da qualidade do trabalho, indicando que o estresse compromete a eficiência e eficácia. Além disso, 42,9% dos gestores mencionaram que o estresse os tornou mais lentos na execução das atividades, afetando a gestão do tempo e a produtividade.

Por outro lado, uma menor proporção de gestores relatou efeitos positivos do estresse, com 20% indicando melhor foco em situações de pressão e 14,3% relatando maior rapidez na conclusão das tarefas. Apenas 2,9% selecionaram a opção "Outros", sugerindo que a maioria dos efeitos do estresse foi capturada pelas opções fornecidas.

Esses resultados sublinham a necessidade de abordagens proativas para gerenciar o estresse no ambiente de trabalho, como treinamento em habilidades de gerenciamento de tempo e concentração, além de criar um ambiente que minimize o estresse desnecessário e promova a saúde mental dos gestores.

Na pergunta "Como o estresse tem impactado sua saúde física e mental?", a maioria (74%) relatou algum impacto do estresse em sua saúde, com 38% experimentando sintomas físicos como dores de cabeça, tensão muscular, fadiga e problemas digestivos. Sintomas mentais, como ansiedade, depressão e dificuldades de concentração, foram relatados por 12% dos gestores. Além disso, 24% enfrentaram tanto sintomas físicos quanto mentais, indicando um impacto abrangente do estresse. Por outro lado, 26% não observaram impactos, sugerindo estratégias eficazes de manejo do estresse ou menor vulnerabilidade.

Esses resultados destacam a necessidade de medidas organizacionais para apoiar a saúde física e mental, como programas de bem-estar e acesso a serviços de saúde, para melhorar a qualidade de vida, produtividade e satisfação dos gestores. As consequências do estresse no trabalho vão além da redução do desempenho, afetando a qualidade de vida e limitando atividades diárias. Estudos, como os realizados na Coreia do Sul, mostram que distúrbios osteomusculares, estresse e fadiga são comuns entre trabalhadores com pior saúde auto-relacionada, indicando maiores demandas físicas e psicossociais.

Segundo o relatório do Ministério da Previdência Social (Brasil, 2006), doenças profissionais são causadas pelo exercício do trabalho específico de uma atividade, enquanto doenças do trabalho são desencadeadas pelas condições em que a atividade é realizada. Condições de trabalho adversas e a natureza do emprego podem afetar a saúde,

bem-estar, produtividade e segurança no local de trabalho. Altas demandas e baixo controle no trabalho estão associados a doenças e ausências, e trabalhos fisicamente árduos estão ligados a dores musculoesqueléticas.

A seção 5 do questionário abordou questões relacionadas a estratégias e suporte educacional. O resultado está associado à pergunta "Quais estratégias você utiliza para gerenciar o estresse no trabalho?". Os dados analisados mostram que as estratégias mais populares entre os gestores para gerenciar o estresse no trabalho são:

1. Planejamento e organização do trabalho (70%)
2. Prática regular de atividades físicas (68%)

Seguidas por:

3. Técnicas de gestão de tempo (50%)

A prática regular de atividades físicas é recomendada para o manejo do estresse, pois reduz os níveis de hormônios do estresse e aumenta a produção de endorfinas, melhorando o humor (Peluso; Guerra de Andrade, 2005).

Outras estratégias comuns incluem:

- Alimentação balanceada (46%)
- Conversas com colegas, amigos ou familiares (36%) - visto como apoio social, um fator de proteção contra o estresse ocupacional (Cohen; Wills, 1985).
- Implementação de pausas durante o trabalho (32%)
- Uso de aplicativos ou ferramentas de gestão de estresse (32%)
- Hobbies ou atividades de lazer (28%).

Uma minoria dos gestores (18%) procura apoio profissional, como psicólogos ou terapeutas, para lidar com o estresse, sugerindo uma oportunidade para as organizações promoverem maior acesso a serviços de saúde mental. Além disso, 18% dos gestores não utilizam nenhuma estratégia para gerenciar o estresse, o que pode ser preocupante devido às possíveis consequências negativas para a saúde e o desempenho no trabalho.

Técnicas de gestão de tempo, como priorização de tarefas e estabelecimento de metas, são consistentes com a Teoria da Autodeterminação (Deci; Ryan, 2000), que enfatiza a importância da autonomia e do controle pessoal no bem-estar, ajudando a reduzir o estresse.

Em relação ao suporte oferecido pela empresa para gerenciar o estresse, a maioria dos gestores (36%) deu uma nota intermediária (3), indicando que, embora exista algum suporte, há espaço para melhorias significativas. Quase metade dos gestores (44%) considera o suporte insuficiente ou muito insuficiente (notas 1 e 2). Apenas uma minoria deu notas mais altas, com 12% atribuindo nota 4 e 8% nota 5, sugerindo que esses gestores estão mais satisfeitos com as políticas e programas de suporte ao estresse.

É crucial que as empresas do setor de construção civil reconheçam a necessidade de fornecer suporte adequado para o gerenciamento do estresse, pois isso afeta diretamente a saúde mental e física dos gestores, além de sua produtividade e satisfação no trabalho. As empresas devem considerar a implementação ou aprimoramento de programas de bem-estar, treinamentos sobre gestão do estresse e a promoção de um ambiente de trabalho que aborde proativamente o estresse ocupacional.

A Teoria do Suporte Organizacional (Eisenberger et al., 1986) apoia esses resultados, propondo que os funcionários desenvolvem percepções sobre o quanto a organização valoriza suas contribuições e se preocupa com seu bem-estar. Um alto suporte organizacional está associado a melhor saúde mental, maior satisfação no trabalho e maior comprometimento organizacional.

Em seguida, analisamos as percepções dos gestores do setor de construção civil de Sobral-CE sobre o nível de conscientização acerca da saúde mental dentro de suas organizações. A questão correspondente a este resultado é "Como você percebe o nível de conscientização sobre saúde mental em sua organização?". Ao analisar as respostas, percebe-se que a maior parte dos gestores (30%) avaliou o nível de conscientização sobre saúde mental em suas organizações como mediano (3). Isso pode indicar que, enquanto há algum grau de reconhecimento da importância da saúde mental, ainda há um caminho considerável a ser percorrido para que a conscientização seja vista como forte e efetiva.

A soma das avaliações 1 e 2 (16% + 28% = 44%) mostra que quase metade dos gestores percebe o nível de conscientização sobre saúde mental como baixo ou muito baixo. Isso sugere que muitas organizações podem não estar dando a devida atenção à saúde mental ou não estão comunicando efetivamente as iniciativas existentes aos seus gestores.

Por outro lado, uma minoria dos gestores (26%) deu avaliações mais altas (4 e 5), o que pode refletir uma percepção positiva da conscientização sobre saúde mental em suas organizações. No entanto, o fato de apenas 10% dos gestores terem dado a nota máxima indica que há poucas organizações onde a conscientização sobre saúde mental é percebida como muito alta.

Esses dados apontam para a necessidade de um esforço maior por parte das empresas do setor de construção civil para aumentar a conscientização sobre saúde mental. As organizações podem se beneficiar ao investir em programas educativos, treinamentos e recursos que promovam o bem-estar mental, além de criar uma cultura organizacional que priorize e apoie a saúde mental dos colaboradores.

Segundo Wu, Hu e Zheng (2019) as empresas de construção devem melhorar o seu papel nos sistemas de monitorização e prevenção do stress. Especificamente, as empresas de construção devem introduzir ativamente um programa EPA (programa de assistência aos empregados) e implementar regularmente avaliações de stress. Aconselhamento também deve estar disponível para treinar os gestores sobre como se adaptar ao estresse. Especificamente, devem ser prestados serviços profissionais de aconselhamento psicológico a esses profissionais e devem ser criados mecanismos de alerta e controlo do stress em longo prazo (Wu, Hu; Zheng, 2019).

As opiniões dos gestores do setor de construção civil de Sobral-CE sobre as iniciativas que consideram mais eficazes para melhorar a saúde mental dos profissionais em sua posição estão representadas na seguinte pergunta: "Como gestor na indústria da construção civil, quais das seguintes iniciativas você acha que seriam mais eficazes para melhorar a saúde mental dos profissionais em sua posição?". As iniciativas e o número de respostas para cada uma foram as seguintes:

- Desenvolvimento de programas de bem-estar: 35 respostas (70%);
- Capacitação em gestão de estresse: 35 respostas (70%);
- Implementação de pausas durante o trabalho: 35 respostas (70%);

- Estratégias para promoção de um ambiente de trabalho saudável: 28 respostas (56%);
- Acesso a serviços de aconselhamento psicológico: 19 respostas (38%);
- Melhorias nas condições de trabalho: 21 respostas (42%);
- Fomento de uma maior autonomia no trabalho: 19 respostas (38%);
- Incentivos e reconhecimento do trabalho: 28 respostas (56%);
- Estratégias de comunicação eficaz: 19 respostas (38%);
- Criação e manutenção de um ambiente de suporte social: 19 respostas (38%).

Analisando as respostas, percebemos que três iniciativas se destacam com a mesma proporção de respostas, cada uma recebendo 70% de escolha pelos gestores:

- Desenvolvimento de programas de bem-estar;
- Capacitação em gestão de estresse;
- Implementação de pausas durante o trabalho.

Esses resultados indicam que os gestores veem grande valor em ações direcionadas ao bem-estar e ao manejo do estresse, bem como na importância de intervalos regulares para descanso e recuperação durante a jornada de trabalho.

Além disso, outras iniciativas também foram consideradas eficazes, mas em menor escala, como a promoção de um ambiente de trabalho saudável e o reconhecimento do trabalho dos profissionais, ambas com 56% das respostas.

As opções que receberam menos ênfase foram o acesso a serviços de aconselhamento psicológico, melhorias nas condições de trabalho, fomento de uma maior autonomia no trabalho, estratégias de comunicação eficaz e a criação e manutenção de um ambiente de suporte social, variando entre 38% e 42% das respostas.

Esses dados sugerem que, para melhorar a saúde mental dos gestores no setor, as empresas devem considerar investir em programas abrangentes que incluam o desenvolvimento de habilidades de gestão de estresse, a promoção de pausas para descanso e o reconhecimento do trabalho realizado. Além disso, é importante criar um ambiente de trabalho que apoie o bem-estar mental e físico, oferecendo também suporte psicológico quando necessário.

As maiores implicações do estresse no trabalho estão presentes nas consequências psicológicas e físicas que ele produz sobre as pessoas (doenças cardíacas, depressão e baixa autoestima) e na perda de produtividade das organizações (baixo desempenho, diminuição do desempenho individual e de grupo); para o que a literatura sugere que é responsabilidade das organizações implementar programas de saúde ocupacional que permitam diminuir o estresse através da melhoria das condições ambientais de trabalho. Isso é conseguido por meio da participação dos colaboradores nas intervenções, do acompanhamento constante ao trabalho em equipe e de estímulos aos colaboradores com o objetivo de reforçar seu senso de realização e manter elevada sua autoestima (Astorquiza-Bustos; Castillo-Caicedo; Gómez-Mejía, 2020).

Os dados da pesquisa evidenciam que o estresse ocupacional é uma realidade para os gestores do setor, como demonstrado pela totalidade dos respondentes que afirmaram utilizar alguma estratégia para gerenciar o estresse no trabalho. Isso sugere que o estresse

é reconhecido como um fator presente e potencialmente prejudicial, o que está em linha com a literatura que aponta o estresse ocupacional como um risco significativo para a saúde mental dos trabalhadores (Maslach; Leiter, 2016).

A prevalência de sintomas físicos e mentais relacionados ao estresse entre os gestores indica que as demandas do trabalho estão afetando sua saúde de maneiras concretas. Isso é consistente com as descobertas de autores como Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), que descrevem o Burnout como uma resposta ao estresse crônico no trabalho, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

A alta incidência de dificuldades de concentração e aumento de erros ou diminuição da qualidade do trabalho, conforme relatado pelos gestores, destaca o impacto negativo do estresse na produtividade e na qualidade do trabalho. Isso ressalta a importância de abordagens preventivas e interventivas para gerenciar o estresse, como sugerido por autores como Quick, Cooper, Nelson, Quick e Gavin (2008), que enfatizam a necessidade de estratégias organizacionais para promover ambientes de trabalho saudáveis.

As estratégias de enfrentamento mais comumente utilizadas pelos gestores, como prática regular de atividades físicas, técnicas de relaxamento e planejamento e organização, refletem uma abordagem proativa para lidar com o estresse. Essas estratégias são apoiadas por pesquisas que demonstram a eficácia de atividades físicas e técnicas de relaxamento na redução dos níveis de estresse (Richardson; Rothstein, 2008).

No entanto, a percepção dos gestores sobre o nível de conscientização sobre saúde mental em suas organizações e o suporte oferecido pela empresa para gerenciar o estresse sugere que há uma lacuna entre o reconhecimento do problema e a implementação de soluções efetivas. Isso pode ser um reflexo da cultura organizacional do setor de construção civil, que tradicionalmente tem se concentrado mais em segurança física do que em saúde mental (Lingard; Francis, 2004).

As iniciativas consideradas mais eficazes pelos gestores para melhorar a saúde mental, como o desenvolvimento de programas de bem-estar, capacitação em gestão de estresse e implementação de pausas durante o trabalho, sugerem um caminho para as organizações. Essas ações estão alinhadas com as recomendações de especialistas em saúde ocupacional que defendem a integração de programas de bem-estar e suporte psicológico no local de trabalho (Grawitch; Ballard, 2016).

Em resumo, os resultados do questionário destacam a necessidade crítica de abordar o estresse ocupacional e promover a saúde mental entre os gestores do setor de construção civil. As organizações devem considerar a implementação de programas de bem-estar, treinamentos em gestão de estresse e a criação de ambientes de trabalho que suportem pausas e descanso, bem como estratégias para aumentar a conscientização e o suporte à saúde mental. Isso não apenas beneficiará a saúde dos gestores, mas também pode levar a melhorias na produtividade e na qualidade do trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente artigo, ancorado em um marco epistemológico pós-positivista e apoiada por uma abordagem quantitativa, buscou investigar a prevalência e os fatores contribuintes para o desenvolvimento da síndrome de Burnout entre gestores da construção civil em Sobral-CE, identificando as principais manifestações do estresse ocupacional neste grupo e propondo estratégias de prevenção e intervenção baseadas nos resultados obtidos.

A investigação foi conduzida através de um estudo de levantamento, caracterizando-se como descritivo e transversal explicativo, e utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado aplicado a uma amostra representativa de 50 gestores.

Os resultados obtidos revelaram que a incidência da Síndrome de Burnout é uma realidade preocupante no setor, com uma proporção significativa de gestores relatando níveis elevados de estresse ocupacional. A análise dos dados coletados apontou para a existência de diversos fatores de risco no trabalho, incluindo pressões de alta carga de trabalho e desafios na gestão de conflitos, que contribuem para o esgotamento emocional e a diminuição da produtividade.

A partir do marco referencial, que inclui teorias como o Modelo de Recursos e Demandas do Trabalho e a Teoria do Suporte Organizacional, é possível inferir que as organizações têm um papel fundamental no fornecimento de recursos adequados para o manejo do estresse. No entanto, os resultados indicam que o suporte oferecido pelas empresas é percebido como apenas mediano, sugerindo que há uma lacuna entre as necessidades dos gestores e as estratégias de suporte atualmente implementadas.

A conclusão desta tese é que, embora as estratégias individuais de enfrentamento do estresse, como a prática regular de atividades físicas e técnicas de relaxamento, sejam importantes, elas não substituem a necessidade de um suporte organizacional mais efetivo. As empresas do setor de construção civil devem, portanto, reconhecer a importância de investir em programas de bem-estar, treinamentos sobre gestão do estresse e melhorias nas condições de trabalho para promover a saúde mental dos gestores.

Além disso, a pesquisa aponta para a necessidade de uma maior conscientização sobre a saúde mental nas organizações, bem como para a implementação de políticas e práticas que abordem proativamente o estresse ocupacional. Isso não apenas beneficiará a saúde e o bem-estar dos gestores, mas também contribuirá para a melhoria da produtividade e do desempenho organizacional como um todo.

Em suma, esta pesquisa contribui para o corpo de conhecimento sobre o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout no setor da construção civil, oferecendo *insights* valiosos para a implementação de intervenções baseadas em evidências. Recomenda-se que pesquisas futuras expandam o entendimento das dinâmicas do suporte organizacional e desenvolvam estratégias integradas que envolvam tanto a organização quanto os sujeitos na promoção de um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

REFERÊNCIAS

[1] ADAMS, J. S. Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), **Advances in experimental social psychology** (Vol. 2, pp. 267-299). Academic Press. 1965

[2] ASTORQUIZA-BUSTOS; BILVER ADRIAN; CASTILLO-CAICEDO; MARIBEL; GÓMEZ-MEJÍA; ALINA. Estresse laboral no mercado de trabalho: uma aplicação do método de medição de conjuntos fuzzy para o caso colombiano. **Lecturas de Economia**, 2020 (93), 189-224. Epub 08 de abril de 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/le/n93/0120-2596-le-93-189.pdf

[3] BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. **The Job Demands-Resources model:** state of the art. Journal of Managerial Psychology, 2007. 22(3), 309-328.

[4] BANDURA, A. **Social Learning Theory**. Prentice Hall. 1977.

[5] DECI, E. L.; RYAN, R. M. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. **Psychological Inquiry**, v. 11, n. 4, p. 227-268, 2000

[6] DEMEROUTI, E.; BAKKER, A. B.; NACHREINER, F.; SCHAUFELI, W. B. The job demands-resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, 2001.86(3), 499-512.

[7] EISENBERGER, R. et al. Perceived organizational support. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 3, p. 500-507, 1986.

[8] ESTUPINAN, DH; BOTERO, JJM. **El burnout en trabajadores de obras civiles en una empresa constructora de bucaramanga.** 2016. 71 f. Disponível em: <https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/405/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 set. 2023.

[9] FREITAS, P. P. de .; LOPES, M. S., ASSUNÇÃO, A. Á.; LOPES, A. C. S. Health and work in Brazil: physical and psychosocial demands. **Cadernos De Saúde Pública**, 2021. 37(9), Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129420. Acesso em: 25 set. 2023.

[10] GRAWITCH, M. J.; BALLARD, D. W. The psychologically healthy workplace: Building a win-win environment for organizations and employees. **American Psychological Association**. 2016.

[11] HIRSCHLE, A. L. T.; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura**. Ciência e Saúde Coletiva**, 2020. 25(7), 2721–2736. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>. Acesso em: 08 ago. 2023.

[12] HOBFOLL, S. E. **Conservation of Resources**: A New Attempt at Conceptualizing Stress. American Psychologist, 1989. 44(3), 513-524

[13] KARASEK, R. A. **Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain**: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly, 1979. 24(2), 285-308.

[14] LINGARD, H.; FRANCIS, V. The work-life experiences of office and site-based employees in the Australian construction industry**. Construction Management and Economics**, 2004. 22(9), 991–1002.

[15] MASLACH, C.; JACKSOn, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**. 1981. 2(2), 99-113.

[16] MOREIRA, F. de S., MAUÉS, L. M. F., FREITAS, A. C. DE A.; FARIAS JÚNIOR, C. A.. Bem-estar no Trabalho: Evidências na Indústria da Construção. **Revista Gestão e Saúde**, 2020. *11*(1), 55–77. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/gs.v11i1.27141>. Acesso em: 30 ago. 2023.

[17] MASLACH, C.; LEITER, M. P. Burnout. In: FINK, G. (Ed.). **Stress:** Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. San Diego: Academic Press, 2016. p. 351-357.

[18] NI, Y. et al. Burnout in the construction industry: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2022.

[19] PEARSON, C. **Burnout in Construction:** Identifying e Solving for This Serious Syndrome. 2021. Disponível em: <https://www.constructionprogress.org/post/burnout-in-construction-identifying-solving-for-this-serious-syndrome>. Acesso em: 29 ago. 2023.

[20] QUICK, J. C.; COOPER, C. L.; NELSON, D. L.; QUICK, J. D.; GAVIN, J. H. Occupational health psychology. **Journal of Occupational Health Psychology**, 2008. 13(1), 1–5.

[21] RICHARDSON, K. M.; ROTHSTEIN, H. R. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. **Journal of Occupational Health Psychology**, 2008. 13(1), 69–93.

[22] SANCHES, A., COSTA, R., MARCONDES, F. K.; CUNHA, T. S. Relationship among stress, depression, cardiovascular and metabolic changes and physical exercise. **Fisioterapia Em Movimento**, 2016. 29(1), 23–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AO02. Acesso em: 19 set. 2023.

[23] SCHAUFELI, W. B.; BAKKER, A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. **Journal of Organizational Behavior**, 2004. 25(3), 293-315.Disponível em: <>https://doi.org/10.1002/job.248

[24] SCHMIDT, A. C., DIEHL, L. **Riscos de Síndrome de Burnout em Engenheiros Civis: um estudo qualitativo**. 2018. 28 f. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/91b0dca5-e8ff-4fd5-aa51-a7609f25135b/content. Acesso em: 08 ago. 2023.

[25] TAKAHASHI, M. A.; SILBA, R.C.; LACORTE, L.E.C.; CEVERNY, G.C.O.; VILELA, R.A.G. Precarização do trabalho e risco de acidentes na construção civil: um estudo com base na Análise Coletiva do Trabalho

(ACT). **Saudesoc**., São Paulo, 2012. v. 21, n. 4, 976-988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400015&lng=en&nrm=iso

[26] TAUBE, M.E.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e liderança: revisão sistemática da literatura. ***Revista Administração em Diálogo***, 202224(3), 28-47.

[27] YERKES, R. M.; DODSON, J. D. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. **Journal of Comparative Neurology and Psychology**, v. 18, n. 5, p. 459-482, 1908.

[28] WU, G., HU, Z.; ZHENG, J. Role Stress, Job Burnout, and Job Performance in Construction Project Managers: The Moderating Role of Career Calling. **International journal of environmental research and public health**, 2019. *16*(13), 2394. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16132394>. Acesso em: 25 set. 2023.

Capítulo 4

Percepções dos profissionais da Rede de Atenção Básica sobre as práticas integrativas e complementares em saúde em um município do Vale do Paranhana

Mariam Fátima Baum Shahin
Cármen Marilei Gomes

Resumo: A partir do reconhecimento e implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, houve uma ampliação na valorização de saberes tradicionais, apoiadas em diretrizes éticas, comunicativas e tecnológicas que podem oferecer a construção de diálogos sobre formas humanizadas na Atenção Básica à Saúde. Ao profissional da Psicologia é vetado o exercício de tais práticas, porém, o código de ética também afirma ser proibida a indução de convicções, sendo inadmissível o ato de qualquer tipo de preconceito perante o exercício de suas funções profissionais. Deste modo, é importante a ampliação do entendimento dessas práticas, uma vez que elas se encontram alicerçadas nos saberes tradicionais e preconizam um acolhimento humanizado. O objetivo geral deste estudo foi avaliar efeitos da aplicação das PICS sobre a saúde de pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) através do olhar dos profissionais de Enfermagem, Medicina e Psicologia no município de Igrejinha (RS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. A coleta de dados ocorreu nas UBSs, locais onde as PICS são realizadas, e os participantes da pesquisa atuam. Foi realizada a Análise de Conteúdo de Bardin, e foram estabelecidas três categorias, como: Engajamento ao Tratamento, Resultados, Percepções sobre aplicação das PICS. Torna-se ainda necessária a continuidade deste estudo para a ampliação de dados referente às PICS em Igrejinha (RS), mas é possível observar na análise de dados que tais práticas são importantes ferramentas para a saúde de pacientes na região.

Palavras-Chave: práticas Integrativas e complementares, atenção humanizada, saúde integrativa.

1. INTRODUÇÃO

Há uma percepção de que, em muitas situações, o modelo de saúde centrado na doença ainda prevalece em maioria no Brasil (SOUZA, 2019). Por essa razão, buscou-se compreender como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm sido utilizadas e quais os resultados obtidos em pacientes da rede de atenção básica de saúde do município de Igrejinha (RS), sob o olhar de alguns profissionais da saúde.

As PICS possuem estímulos sobre os mecanismos naturais na prevenção de agravantes e na manutenção e recuperação da saúde. As práticas possuem diversidade de técnicas e manejos, porém, elas se direcionam sob um mesmo olhar e entendimento de condutas e propósitos em seus atendimentos. Elas contêm uma visão estendida sobre o processo saúde/doença, que amplia a esfera global sobre o cuidado humanizado, levando a um único direcionamento, sobretudo, do autocuidado. Para isso, utiliza-se de uma escuta humanizada que apoia o desenvolvimento e integração do ser humano com o seu meio, seja em esferas ambientais ou sociais (Brasil, 2006).

Embora haja estudos sobre os benefícios das PICS no Brasil, estes ainda são escassos. O que demonstra haver uma necessidade de pesquisas científicas cada vez mais estruturadas que favoreçam a compreensão dos impactos das PICS na saúde dos pacientes, oferecendo, com isso, uma maior ampliação do olhar ao indivíduo que se encontra enfermo (Dacal; Silva, 2018). Dessa forma, fez-se necessário conhecer quais as PICS são utilizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Igrejinha e, também, compreender quais as percepções que os profissionais de Enfermagem, Medicina e Psicologia possuem acerca dos resultados de sua utilização. Ademais, verificar como estes profissionais das UBSs do município percebem os resultados dessas práticas em termos de autocuidado e engajamento dos pacientes no tratamento.

A abordagem metodológica utilizada no estudo foi qualitativa e exploratória. A escolha desta abordagem tem como base sua visão epistemológica antropossocial que considera e privilegia a subjetividade individual dos participantes. Esse modelo oferece, dentro da pesquisa, a possibilidade de trabalhar com os fenômenos e não com os fatos (Martins; Bicudo, 1989). O instrumento utilizado para a realização da pesquisa foi uma entrevista semiestruturada.

O procedimento de análise de dados ocorreu através do modelo proposto por Bardin, que oferece um conjunto de técnicas de análise em pesquisas qualitativas, cujo enfoque está na comunicação das respostas dadas durante a pesquisa (Duarte, Barros,2011).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. AS PICS E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO NO SUS

A Lei nº 8.080, de 1990, em seu parágrafo único do artigo 3, enfatiza ações destinadas a garantir de forma coletiva as condições necessárias para a obtenção de bem-estar físico, mental e social. Essa medida oportunizou a ampliação na aplicação de técnicas não convencionais nos serviços de saúde (Brasil, 2006). O Plano Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC), por intermédio da portaria 971, de 03 de maio de 2006, trouxe o reconhecimento e a implementação das práticas junto ao Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Atualmente, as modalidades reconhecidas para atuação através das PICS no SUS são: Aromaterapia, Apiterapia, Arteterapia, Biodança, Ayurveda Bioenergética, Cromoterapia,

Hipnoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Homeopatia, Imposição de Mãos, Constelação Familiar, Medicina Antroposófica, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Medicina Chinesa, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas Medicinais, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Floral, Termalismo e Yoga (Brasil, 2022).

Em 2013, o Rio Grande do Sul incluiu a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), por considerar que elas se encontram alinhadas ao modelo nacional de saúde e também por direcionarem seus atendimentos em um modelo integrativo sobre o sujeito. Assim, o Estado fortaleceu a institucionalização das PICS aos usuários do SUS sob um modelo positivista em saúde (Terra; Pizzutti, 2021).

2.2. A ATUAÇÃO DAS PICS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Na década de 1970, pesquisas relacionadas à compreensão dos comportamentos saúde e doença abriram precedentes para o desenvolvimento de uma Psicologia da Saúde. Os resultados objetivaram a realização de intervenções que auxiliassem às pessoas na inclusão de práticas cotidianas que levassem à promoção da saúde, atreladas a medidas preventivas contra doenças. A Psicologia da Saúde considera que fatores biológicos, sociais e comportamentais fazem parte de um arcabouço de informações que refletem diretamente sobre a vida do sujeito (Almeida; Malagris, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem cada vez mais oferecendo métodos que favoreçam a ampliação das ações na atenção à saúde. De forma a contribuir com este fator, o Ministério da Saúde fundou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na constituição de uma equipe NASF, são necessários profissionais em diversas áreas de conhecimento que atuem em conjunto com os profissionais da ESF (Brasil, 2010).

O Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva desenvolveu, em 2011, um Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, com a finalidade de contribuir como um suporte técnico e pedagógico para os profissionais especializados em saúde mental que trabalham em conjunto com as equipes da ESF. Entre as práticas e técnicas oferecidas neste guia, encontram-se as corporais integrativas, como por exemplo atividade física em combinação com exercícios respiratórios, meditação e práticas de relaxamento corporal. A medicina tradicional chinesa e a homeopatia também se encontram entre as sugestões de cuidado ampliado em saúde pelo NASF por oferecerem aspectos positivos e favoráveis na vida de pessoas com sofrimento emocional (Brasil,2011).

Há um portal de comunicação desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz, com o intuito de compartilhar informações sobre experiências e estudos nessas modalidades de atendimento no SUS. Nesse sentido, o Observa PICS reúne pesquisadores, colaboradores técnicos da fundação e de outras instituições do país. Possui o apoio do Ministério da Saúde e parceria com a Biblioteca Virtual em Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2018).

2.3. PSICOLOGIA E AS PICS

Embora as PICS possuam reconhecimento em âmbito nacional e estadual, aos profissionais da Psicologia é vetado o exercício de tais práticas. O Conselho Federal de Psicologia não reconhece tais metodologias por considerar que estas não possuem relevância científica, ética e técnica. Porém, no código de ética está inclusa a proibição sobre a atitude do profissional quanto a indução de convicções, sejam elas políticas, filosóficas, morais, de orientação sexual, ideológicas, religiosas. Sendo, desse modo,

inadmissível o ato de qualquer tipo de preconceito perante o exercício de suas funções profissionais (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Diante do veto de condutas preconceituosas e instruções sobre diretrizes a serem tomadas como forma de atendimento ao qual o Conselho Federal de Psicologia (CFP) orienta os profissionais da Psicologia, pode ser importante a ampliação do entendimento destas práticas, a considerar que estas se encontram alicerçadas nos saberes tradicionais e preconizam um acolhimento humanizado (Alves; Guimarães; Chaves; Oliveira, 2023). Além disso, as PICS enquadram-se no conceito ampliado de saúde, no qual há uma necessidade de um olhar integralizado do ser humano, levando em conta aspectos sociais e culturais de uma população (Matos, 2018).

Para Bezerra e Sopreso (2016), o conceito sobre saúde também vem sendo modificado por movimentos históricos que contemplam não somente o desenvolvimento social, como também o econômico e pessoal, sendo importante ações que tragam empoderamento e autonomia para os usuários da rede básica em saúde visando melhores condições de vida e de saúde.

Observa-se, assim, a importância das PICs, pois busca-se hoje uma forma de cuidado mais inclusiva, que ofereça meios mais assertivos para os usuários dos serviços de saúde. Para que este processo se desenvolva, é importante considerar a diversidade cultural e seus saberes populares em relação às práticas de cuidados, cientes de que a dor possui suas nuances e cada um a sente de modo diferente (Hoffmeister; Pires, 2022).

Salienta-se que o trabalho do psicólogo é exercer uma escuta que amplifique o sujeito em sua integralidade, exercendo desse modo um trabalho diferenciado de modelos clínicos tradicionais. Ao psicólogo, é exigida uma reinvenção em seu modelo de atendimento de forma a contemplar o sujeito em sua totalidade e assim auxiliar na promoção de sua saúde mental (KREIN, 2021). Ao considerar o conceito de saúde ampliada e a capacidade do profissional psicólogo em ter uma abordagem integral do sujeito, este pode ser um indicador de aproximação da ciência psicológica e das PICS. Como exemplo, quando o psicólogo, ao exercer sua escuta na prática clínica, permite-se ser afetado com particularidades do sujeito como a sua experiência espiritual. Isso poderá favorecer em uma intervenção mais assertiva sobre aquele sujeito (Oliveira; Junges, 2012).

3. MÉTODO

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória. A escolha desta abordagem qualitativa tem como base sua visão epistemológica antropossocial, que considera e privilegia a subjetividade individual dos participantes. Este modelo oferece, dentro da pesquisa, a possibilidade de trabalhar com os fenômenos e não com os fatos (Martins; Bicudo, 1989).

Esta pesquisa oportuniza um caráter construtivo e interpretativo do conhecimento, o que amplia a relação sobre o conhecer via produção humana, não partindo de um pressuposto de que algo está pronto (Rey 2010).

3.2. PARTICIPANTES

Participaram do estudo, treze profissionais da área da saúde, incluindo cinco enfermeiros, seis médicos e dois psicólogos que atuam na rede de atenção básica em saúde do município de Igrejinha (RS). Os entrevistados estão identificados por letras para manter o anonimato.

Os profissionais das áreas de Medicina e Enfermagem foram escolhidos por participarem ativamente das demandas recebidas pelas UBSs, e, assim, há um grande fluxo de pacientes que são atendidos por estes colaboradores. Os profissionais na área da Psicologia foram incluídos, pois a acadêmica pesquisadora é graduanda em Psicologia. Também há uma carência de dados sobre a interação entre as PICS, como tratamento complementar, e os serviços em saúde mental realizados por psicólogos (Vaz, 2019).

O contato com os participantes foi realizado pela pesquisadora por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde do Município. Esta orientou e informou aos responsáveis das UBSs sobre a realização da pesquisa. O convite foi realizado de modo verbal, presencial e individual para cada profissional indicado pela coordenação da UBS.

3.3. INSTRUMENTOS

A realização da coleta de dados ocorreu por intermédio de uma entrevista semiestruturada contendo dez questões (Apêndice A), cujos conteúdos favorecessem a compreensão de dois aspectos. Informações sociodemográficas, com o objetivo de conhecer um pouco sobre os participantes e a forma como compreendem ou utilizam as PICS para seu autocuidado. Em segundo, verificar as percepções que estes profissionais possuem sobre os resultados das PICS e quais os seus reflexos no tratamento da saúde da população atendida nas UBS onde ocorrem as práticas.

As entrevistas foram gravadas com a autorização do participante, conforme cláusula especificada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de forma presencial, em um momento de intervalo do profissional e após a leitura e assinatura do TCLE. A entrevista foi realizada em uma sala reservada, evitando, desse modo, interferências externas. Salienta-se que o estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACCAT, vinculado à Plataforma Brasil.

3.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

O procedimento de análise de dados ocorreu através do modelo proposto por Bardin em 1988, que oferece um conjunto de técnicas de análise em pesquisas qualitativas, cujo enfoque está na comunicação das respostas dadas durante a pesquisa (Duarte, Barros,2011). Esse método, conhecido como Análise de Conteúdo, possui uma estrutura constituída em três estágios.

O primeiro momento é a pré-análise; é nesta etapa que o pesquisador dá início ao material que será utilizado pela pesquisa. Nessa fase, o pesquisador inicia um processo de

sistematização das ideias, organizando-as em quatro etapas: leitura flutuante; escolha dos documentos; organização de objetivos; e formulação dos indicadores.

O segundo momento da Análise de Conteúdo propõe uma exploração dos materiais em que ocorre uma codificação ou categorização das informações coletadas. O terceiro e último ponto a ser descrito, trata-se do tratamento dos dados que foram obtidos e interpretados, nos quais as inferências são consideradas como forma interpretativa que oferecem possibilidades para outras futuras análises (Souza; Santos, 2020).

Neste estudo, os procedimentos ocorreram da seguinte forma: identificação das unidades de análise, conforme os objetivos propostos sob a investigação; classificação dessas unidades com focos temáticos que foram definidos de forma a posteriori, e elaboração de categorias e subcategorias a partir dos conteúdos trazidos pelos participantes, juntamente com as perguntas realizadas no processo de pesquisa.

3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de CAAE 71679323.3.0000.8135 e atendeu aos requisitos da legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; Resolução CNS nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil 2016); e o cumprimento aos requisitos da Resolução 580/2018 para pesquisas em locais vinculados ao SUS (Brasil, 2018).

Quanto aos cuidados referentes ao material da pesquisa, o mesmo será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução nº 510/2016 e orientações do CEP/FACCAT, e, ao final deste prazo, serão descartados. Será realizada a devolutiva dos resultados aos participantes utilizando um folder com a descrição dos principais resultados obtidos, que será entregue diretamente nas Unidades Básicas de Saúde cujos funcionários foram os participantes da pesquisa. Para a secretaria municipal de saúde será fornecida uma cópia do artigo produzido pela pesquisadora, assim como o folder com os principais resultados obtidos.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme a análise do questionário sociodemográfico, participaram treze profissionais da área da saúde, que atuam em três UBSs no município de Igrejinha. Esses profissionais foram escolhidos por atuarem na rede de atenção básica participando ativamente das demandas, onde alguns pacientes recebem cuidados através das PICS. A tabela 1 mostra os dados sociodemográficos referentes a cada participante. A análise desses dados resulta em um tempo médio de sete anos de formação no ensino superior dos participantes; já o tempo médio de trabalho na UBS foi de três anos e seis meses. Mas os profissionais da Enfermagem são os que apresentam um maior tempo de trabalho na UBS, com média de seis anos e seis meses, em comparação com os médicos, que têm média de sete meses, e os psicólogos, cinco anos. O tempo de trabalho dos profissionais da Enfermagem é um fator contribuinte para que este grupo obtenha maior intimidade com a utilização e resultados das PICS. Ressalta-se que entre os profissionais da Medicina, que possuem menor tempo de trabalho na UBS, o conhecimento sobre a utilização e resultados das PICS se mostra menor quando comparado ao dos enfermeiros, possivelmente devido ao fato de aquela categoria possuir maior rotatividade no ambiente de trabalho. Este fator está

atrelado também à questão de que esses profissionais nem sempre encontram as PICS nas UBSs. Em relação aos profissionais da Psicologia, estes, apesar de possuírem um tempo elevado de trabalho na UBS, não estão vinculados de forma tão próxima às atividades das PICS quanto o grupo da Enfermagem.

Segundo Pereira Júnior e Ruas (2019), a retenção de profissionais de saúde nas UBSs favorece o Sistema Único de Saúde, pois promove a continuidade de cuidado e a manutenção de vínculo entre profissionais de saúde e usuários. Assim, é necessário estimular a permanência dos profissionais de saúde nas unidades, favorecendo a confiança e a continuidade da relação clínica.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes obtidos durante a pesquisa

Participante	Profissão	Tempo de Formação	Tempo de Trabalho UBS	Informação PICS Durante Formação	Possui Formação PICS	Utilizou PICS Autocuidado
A	Enfermeira	5 anos	3 anos	Não	Não	Não
B	Médico	3 anos	8 meses	Não	Não	Sim
C	Enfermeira	12 anos	1 ano	Não	Não	Sim
D	Enfermeira	20 anos	10 anos	Não	Não	Sim
E	Médico	8 meses	7 meses	Não	Não	Sim
F	Médico	7 meses	7 meses	Não	Não	Não
G	Enfermeira	11 anos	10 anos	Não	Sim	Sim
H	Médico	6 anos	9 meses	Não	Não	Sim
I	Psicóloga	5 anos	5 anos	Sim	Não	Sim
J	Médico	2 anos	7 meses	Sim	Não	Sim
K	Enfermeira	10 anos	9 anos	Não	Sim	Sim
L	Psicóloga	5 anos	5 anos	Sim	Não	Sim
M	Médico	9 anos	8 meses	Sim	Não	Sim

Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme Carvalho e Nóbrega (2017), apesar de haver um número significativo de profissionais atuantes em UBSs que não receberam informações sobre as PICS em sua formação acadêmica, estes, ao entrarem em contato com as práticas, consideram que as PICS são ferramentas que contribuem de forma positiva como recursos terapêuticos para a saúde mental. De fato, os resultados do presente estudo demonstram a ocorrência da falta de informações sobre as PICS no decorrer do processo de formação acadêmica dos profissionais. Mas há o reconhecimento pelos profissionais da saúde da eficácia das PICS como complemento de tratamentos e melhora na qualidade de vida dos pacientes. Também, alguns profissionais fazem o uso de PICS para seu autocuidado, conforme dados coletados neste estudo.

Durante o processo de pesquisa, perguntas acerca do conhecimento sobre as PICS foram realizadas aos participantes, como forma de compreensão sobre a dimensão e entendimento que estes possuíam sobre as práticas. Ao indagar aos profissionais de saúde sobre o recebimento de informações a respeito das PICS serem reconhecidas no

Sistema Único de Saúde, nove de treze pessoas responderam não terem recebido. Percebe-se haver uma lacuna entre o conhecimento das práticas integrativas em alguns cursos de graduação em saúde, talvez por estes oferecerem sua formação somente por modelos biomédicos. De maneira congruente, fazem-se necessárias discussões que abordem as PICS de forma a favorecer a ampliação em abordagens de distintos e tradicionais saberes que venham a agregar à promoção de saúde (Azevedo; Pelicioni, 2011).

As PICS hoje oferecidas pelo SUS no município de Igrejinha são acupuntura, shiatsu, fitoterápicos e podologia. Estudos demonstraram que o shiatsu, quando associado à fisioterapia, contribui significativamente para a redução de dores físicas por provocar analgesia. As pesquisas apontam haver participação de mecanismos neuronais para a liberação de serotonina quando os pontos da terapia shiatsu são massageados. Deste modo, a diminuição da dor observada nos pacientes ocorre pela redução da tensão muscular, favorecendo um aumento da circulação sanguínea, que auxilia na liberação de toxinas do metabolismo, deste modo, contribuindo para a redução dos quadros de dor física (Fillis et al, 2022).

Quanto à acupuntura, Araújo (2021) verificou a existência de evidências sobre a técnica favorecer a recuperação de pacientes em tratamento da dor lombar crônica. Ademais, os efeitos interventivos da acupuntura e da fitoterapia em pacientes que apresentam marcadores inflamatórios em quadros de asma demonstraram ser intervenções seguras e que produzem efeitos sobre a qualidade de vida do paciente (Moraes; Fardin; Zanini; Silva; Medina; Dornelles; Ribeiro; Silva; Peres, 2022).

Os fitoterápicos são reconhecidos pela população brasileira por possuírem em sua constituição plantas medicinais. Eles têm se mostrado um aliado na prática da prevenção quaternária em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). Ressalta-se que a fitoterapia oferece a oportunidade do encontro entre o saber tradicional com o técnico científico, sendo culturalmente aceito, e possui confiabilidade entre a população, além de oferecer um custo mais acessível (Caboclo; Santos; Sousa; Bordin; Castro; Lisboa, 2022).

Outra PICS oferecida pelo município de Igrejinha é a podologia, técnica que faz parte de um tratamento para a saúde dos pés e visa proporcionar ao paciente um autocuidado sobre seus processos de cura. Por exemplo, na atualidade há uma infecção fúngica que se desenvolve principalmente nas unhas dos pés, chamada Onicomicose, cujo tratamento com podologia mostrou ser um dos principais aliados ao tratamento medicamentoso. Também foi constatado que, nos casos de verrugas plantares, o uso da podologia como tratamento demonstrou resultados eficientes (Oliveira et all, 2021).

Na tabela 2 do presente estudo, encontra-se a categorização dos resultados obtidos a partir da análise de conteúdo, possibilitando melhor compreensão sobre as percepções dos profissionais que trabalham junto às UBSs, onde as PICS são realizadas. Desse modo, foram obtidas as seguintes categorias: 1) Engajamento ao tratamento, constituída pelas subcategorias adesão e desistência; 2) Resultados, constituída pelas subcategorias satisfatório e não satisfatório 3) Percepções sobre a aplicação das PICs, constituída pelas subcategorias positivas e negativas.

Tabela 2: Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
1. Engajamento ao Tratamento	1.1. Adesão
	1.2. Desistência
2. Resultados	2.1. Satisfatório
	2.2. Não Satisfatório
3. Percepções sobre aplicações das PICS	3.1. Positiva
	3.2. Negativa

Fonte: Elaborada pela autora.

Cabe salientar que a análise de conteúdo ocorreu por intermédio das informações sobre as perguntas realizadas durante a entrevista, juntamente com as respostas e os relatos recebidos no decorrer deste processo. Como demonstrado na tabela 1, a maioria dos participantes não recebeu informações sobre as PICS durante o seu processo de formação acadêmica, e apenas dois possuem alguma formação nessas práticas. Desse modo, estes dois fatores podem ter sido contribuintes para o recebimento de respostas objetivas durante as entrevistas, o que limita uma análise de conteúdo mais aprofundada, conforme descrito por Bardin em 1988 (Duarte, Barros, 2011).

A categoria 1, denominada de Engajamento ao Tratamento, e a primeira subcategoria, identificada como Adesão, oportunizou a investigação sobre a forma pela qual os pacientes interagem através do tratamento das PICS recebidas dentro das Unidades Básicas em Saúde (UBS), sob o olhar dos profissionais entrevistados. Os fragmentos dos discursos mostram que há um engajamento dos pacientes quanto ao tratamento com as PICS, conforme a percepção dos profissionais de saúde entrevistados. Um dos pontos citados, que levam ao engajamento do tratamento, é que elas se mostram menos invasivas do que tratamentos tradicionais medicamentosos. Os fragmentos dos discursos dos participantes a seguir refletem sobre estes aspectos: C: "*[...] as pessoas que recebem esta prática são bem fiéis, eu chego a ouvir os comentários – Ah não vejo a hora de chegar sexta pra receber meu shiatsu".* E: *"[...] algumas pessoas preferem o fitoterápico do que outras medicações".* G: "*[...] as PICS são menos agressivas e mais voltadas ao cuidado e ao equilíbrio da saúde mental das pessoas [...]a população tem uma boa aceitação sobre as práticas".*

Nesse sentido, o uso de fitoterápicos, shiatsu e acupuntura são técnicas com boa aceitação por parte da população atendida, conforme demonstram os fragmentos dos discursos a seguir: D: "*[...] uma boa adesão, principalmente os Fitoterápicos, os médicos prescrevem, principalmente, para a ansiedade, insônia".* F: *"Eles demonstram gostar bastante por ser algo mais natural".* L: "*[...] A Acupuntura possui uma fila de espera".*

Assim, o fato dos profissionais de saúde do município de Igrejinha, onde ocorreu a coleta de dados do presente estudo, perceberem o engajamento dos pacientes às PICS disponíveis, poderá facilitar o vínculo entre paciente e colaboradores da rede de saúde, gerando sentimentos de segurança na equipe quanto ao uso dessas técnicas. Conforme estes fragmentos dos discursos: J: "*[...] percebo que estas práticas já estão bem enraizadas aqui".* M: *"[...] A pessoa participa do tratamento, então há um engajamento que auxilia no autocuidado".*

Os estados motivacionais dos profissionais estão vinculados a simples ações diárias, que contribuem no desempenho e comportamento do próprio sujeito. A motivação possui mecanismos que desencadeiam ações, metas, que oferecem intensidade e persistência sob

os objetivos a serem conquistados. Ela contribui de forma positiva para o desempenho profissional; entre os fatores que ampliam a motivação está a boa relação entre os profissionais, que leva a objetivar o foco, e, por sua vez, gera uma maior assertividade, oferecendo, como resultado, sentimentos de satisfação pessoal e grupal (Pereira; Passos; Ribeiro, 2022).

A categoria 1, Engajamento ao Tratamento, demonstra em sua segunda subcategoria denominada Desistência, a explanação dos participantes sobre quais fatores influenciam na abdicação dos tratamentos das PICS. A: "*[...] horário em que estas práticas são oferecidas, quem trabalha não consegue usufruir de todo o tratamento, as pessoas acabam indo uma ou duas vezes e depois não vão mais*". B: *"[...] tem algumas pessoas que começam, mas já querem que o tratamento se resolva na hora"*. L: "*[...] no caso do shiatsu, os profissionais fazem algumas inferências que acabam mexendo nas crenças de algumas pessoas e elas desistem"*.

Conforme Ribeiro e colaboradores (2008), há determinados grupos de pacientes que necessitam de abordagens mais direcionadas a suas necessidades para que ocorra a adesão ao tratamento e, assim, evitar-se a desistência. Fatores como a limitação de horários disponíveis para o atendimento, comportamento do profissional de saúde, falta de informações sobre como ocorre ou como a técnica é utilizada parecem influenciar diretamente na desistência do paciente, conforme a percepção dos participantes do presente estudo. Considerando esses dados, as consequências decorrentes do absenteísmo de pacientes no SUS envolvem usuários, trabalhadores e gestores. Ressalta-se que há implicações na descontinuidade do cuidado, no retardamento da resolução da demanda de saúde, no aumento do tempo de espera para consulta, no aumento da insatisfação em relação ao serviço de saúde, na busca por caminhos alternativos como a automedicação, bem como no uso de serviços de urgência e emergência (Brasil, 2022).

Conforme Lacerda e Pires (2022), é importante o uso de estratégias que possam melhorar a adesão de pacientes aos tratamentos medicamentosos ou não medicamentosos oferecidos na rede pública de saúde. Os autores relatam, por exemplo, que a introdução de rodas de conversa como medida educativa antes dos atendimentos aos pacientes hipertensos cadastrados em um programa de intervenção sobre hipertensão arterial de uma UBS do município de Barcarena (Pará), foi efetiva para melhorar a adesão aos tratamentos oferecidos e adoção de estilo de vida mais saudável. O fato dos profissionais de saúde do município de Igrejinha perceberem o engajamento dos pacientes às PICS disponíveis é algo bastante positivo, que poderá facilitar o vínculo entre paciente e colaboradores da rede de saúde, gerando sentimentos de segurança na equipe quanto ao uso dessas técnicas. Assim, a desistência de alguns pacientes poderia ser reduzida, junto a um melhor processo de condução na explicação aos pacientes sobre como as PICS podem ser aliadas ao cuidado em saúde.

A categoria 2, denominada Resultados, oportunizou a compreensão de um dos objetivos desta pesquisa, verificar o que ocorre com os pacientes quando as PICS são utilizadas como complementos aos tratamentos clínicos. A subcategoria 2.1 Satisfatório, aponta para os aspectos práticos e resolutos relatados pelos profissionais entrevistados que receberam tais feedbacks de seus pacientes. A: "*[...] a gastrite que também tem a ver com a ansiedade, as plantas medicinais ajudam bastante. E a acupuntura no caso do esporão obteve resultados bons*". B: "*[...] há melhoras principalmente nos quadros de dor. I:[...] chega me dar um up depois que recebo o shiatsu*". J: "*[...]nas questões do sono, o composto calmante ajuda muito. Eles falam de um alívio renovador*".

No presente estudo, os aspectos relatados referentes aos de resultados satisfatórios quanto ao uso das PICs envolvem redução de sintomas de ansiedade, redução ao uso de medicamentos, diminuição de dor, sensação de bem-estar e melhora da qualidade de sono. Todos estes relatos reforçam a importância das PICS se manterem no município de Igrejinha e vem ao encontro do que estudos mostram sobre os benefícios das mesmas para a saúde.

Pesquisas recentes com as PICS apresentaram evidências positivas quando utilizadas como estratégias para os cuidados de pessoas em sofrimento psíquico (MURICY et al, 2022). Além disso, a utilização das PICS no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade concluiu, em sua análise, haver grande aceitação da população no recebimento desses cuidados. Salientou-se que o acolhimento sobre a utilização dessas práticas não ocorreu somente pelos usuários, mas também por profissionais que superaram preconceitos e reconheceram a oportunidade de ampliar suas técnicas no cuidado aos usuários e a si (Bezerra; Negreiros; Morais, 2020). É possível verificar esses fatores nesta sequência dos discursos trazidos pelos participantes E: *"[...] pacientes não graves se adaptam bem ao uso da Valeriana"*. G: *"[...] houve a redução dos Benzodiazepínicos [...] não há relatos de efeitos colaterais, ou algum tipo de malefício, pelo uso dos fitoterápicos. A acupuntura, para dores lombares, os pacientes logo obtiveram uma boa melhora"*.

Em estudo realizado com Agentes Comunitários em Saúde que utilizam as PICS nos atendimentos em saúde da família, concluiu-se que elas são formas de autocuidado positiva para os assistidos. Destacou-se, nesta pesquisa, o uso de plantas medicinais, por essas já possuírem um enraizamento cultural entre a população, tornando-se um relevante recurso para o cuidado em saúde. Porém, ainda é necessária e importante a divulgação e o conhecimento sobre os modelos de utilização das PICS e sua maior inserção no SUS. Afinal, elas oferecem modos de ampliação em cuidado, bem-estar com baixo custo e efetividade (Lima et al, 2018).

Dentro da Categoria 2, Resultados, encontra-se a subcategoria 2.2, denominada Não Satisfatório. Esta subcategoria não forneceu muitos dados acerca de informações desfavoráveis ou inconvenientes das PICS, os quais os pacientes que receberam a indicação ao tratamento tenham relatado aos entrevistados. De qualquer modo, as informações obtidas requerem sua devida atenção como forma de ampliar e melhorar as condições que se mostrem desfavoráveis, com o intuito de ampliação do aprendizado. Conforme o entrevistado D: *"[...] no caso do Shiatsu, a aplicação tem a duração de 15 minutos, é muito pouco tempo. [..] a forma mecânica, quando o profissional entra no ritmo do sistema e vira máquina de produção"*. Referente à queixa quanto ao tempo de atendimento, por exemplo, a técnica de shiatsu tem sido aplicada em apenas quinze minutos, isso pode não ser efetivo para alguns pacientes que precisam de uma intervenção com um tempo mais prolongado. O curto tempo de atendimento reduz a interação entre paciente e profissional de saúde, causando possíveis impactos negativos na obtenção de resultados efetivos. Torna-se necessário avançar nos modelos de gestão e aumentar os recursos humanos e estruturais no SUS para que a população tenha uma assistência em saúde satisfatória (Galvão et al, 2020).

Nesse sentido, ao analisar ações coletivas na prática em acupuntura como método de promoção de saúde em uma ESF, foi possível constatar, através dos relatos trazidos pelos pacientes, a relação tempo versus prática, dentre um dos fatores de destaque conclusivo. Isso levou à reflexão sobre o cuidado na supervalorização dos atendimentos como metas de produção e procedimentos individuais (Gouveia; Pezzato; Mendes, 2022).

Também foi relatado pelos participantes que possivelmente a obtenção de resultados não satisfatórios estejam relacionados ao fato do tratamento com PICS, em determinados casos, não ser indicado como o tratamento principal, embora o paciente deseje intervenções que não sejam medicamentosas. Como foi trazido pelo entrevistado F: "*[...] tenho receio pelo paciente querer algo mais natural quando o tratamento dele não é indicado para isso"*. Neste caso, cabe ao profissional de saúde mostrar as possibilidades de uso de PICS com suas potencialidades e limitações. Porém, como muitos destes profissionais não possuem o conhecimento adequado sobre o uso de tais técnicas, podem apresentar dificuldades no encaminhamento adequado de algumas demandas, resultando em desfechos negativos para a saúde de seus pacientes. Mas há um interesse por parte dos profissionais da Enfermagem e da Medicina na ampliação de dados referente aos resultados sobre a utilização das práticas nas UBS no município de Igrejinha.

Há também um interesse por parte de profissionais atuantes na área da saúde de que as PICS obtenham uma maior oportunidade de atuação dentro dos espaços vinculados ao atendimento em saúde mental. Isso ficou evidenciado em um estudo, quando profissionais que atendem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) afirmaram possuir interesse em se tornarem facilitadores de algumas PICS, por reconhecerem seus benefícios. Esses profissionais também perceberam uma maior adesão dos pacientes quando essas práticas de cuidados eram oferecidas no CAPS (Barros et al, 2021).

As informações sobre a subcategoria Não Satisfatório, poderão favorecer o entendimento sobre métodos mais assertivos de tratamento a serem oferecidos aos pacientes. Por exemplo, a utilização ou não de medicamentos não convencionais como os fitoterápicos, encontra-se diretamente relacionada ao entendimento que os usuários possuem sobre os mesmos. Pesquisa realizada em UBSs evidenciou que indivíduos com ensino médio completo ou acima, apresentaram um maior conhecimento sobre o que significa a palavra fitoterapia. Constatou-se que o uso das plantas medicinais possui fatores culturais, sendo que a indicação do uso é repassada de pais para filhos. Costumes e crenças estão vinculados às tradições onde o ser humano nasceu e se desenvolveu. Conforme Araújo et al (2015), há necessidade de capacitação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de modo que estes possam levar informações mais adequadas sobre os fitoterápicos aos usuários da rede de atenção básica em saúde.

A categoria 3, Percepções sobre aplicação das PICS, em sua subcategoria 3.1, denominada Positivas, trouxe os seguintes fragmentos de discursos dos entrevistados. A: *"[...] se trabalha mais com produtos naturais"*. B: *"[...] não é tão invasivo"*. G: *"[...] os benefícios sobre os resultados"*. C: *"[...] há interação com as PICS"*. D: *"[...] a aceitação da comunidade em perceber que isso faz bem e que existem outras alternativas"*. E: *"[...] adesão ao tratamento"*. K: *"[...] vantagens em ter baixo custo e conseguir obter a redução do uso de medicamentos, além dos benefícios para a saúde mental do paciente"*.

De fato, as PICS oferecem uma ampliação na valorização de saberes tradicionais, apoiadas em diretrizes éticas, comunicativas e tecnológicas que podem oferecer a construção de diálogos sobre formas humanizadas na Atenção Básica à Saúde. Desse modo, tais práticas tornam-se auxiliares na redução dos altos custos despendidos para a obtenção e manutenção da saúde populacional no país (Matos, 2018).

Também se destacam as seguintes respostas: H: *"[...] estimulação ao conhecimento, tanto sobre si quanto ao que se esteja tratando"*. L: *"[...] elas são efetivas como complementares"*. M: *"[...] alívio de sintomas, como nos casos de ansiedade e insuficiência vascular"*.

Apesar de ser possível identificar efeitos produzidos pelas PICS, é importante ressaltar que há todo um conjunto de ações em cuidado, tanto pela equipe dos profissionais das UBSs, quanto pelos profissionais que aplicam as PICS, juntamente com as técnicas fundamentadas na biomedicina. Neste sentido, em um estudo que envolveu tratamento para obesidade e controle da ansiedade, foi possível observar que as PICS atuaram como processo mediador de um acolhimento humanizado. Durante a pesquisa, todos os participantes reconheceram os benefícios das PICS, seja nas atividades profissionais, na dimensão da saúde integral, no autoconhecimento, nas relações interpessoais e no autocuidado. Isso produziu efeitos de bem-estar, o que demonstrou haver todo um processo que inclui potencialidade e sensibilidade durante o tratamento terapêutico das PICS (Araújo; França; Santos, 2023).

A categoria 3, Percepções sobre aplicação das PICS, tendo como subcategoria Negativas, trouxe a oportunidade de verificar três aspectos dos pensamentos dos entrevistados sobre o tema. O primeiro aspecto está relacionado à falta de investimentos para a ampliação desses recursos, conforme manifestado nos seguintes fragmentos dos discursos. C: *"[...] há uma falta de reconhecimento populacional e uma falta de repasse de verba governamental, para ampliação do serviço de forma que pudessem ser oferecidos um maior número de atendimentos nessas práticas"*. M: *"[...] que ela estivesse mais disponível como complemento no tratamento [..] que a população pudesse receber mais desses tratamentos"*.

Vieira e Martins Filho (2022) realizaram uma pesquisa em alguns municípios do estado da Bahia, onde entrevistaram 22 secretários de saúde. A pesquisa buscou compreender alguns aspectos relacionados à gestão das PICS. Entre os temas abordados durante a pesquisa está a identificação de entraves sobre a oferta das PICS no serviço do SUS. Um dos pontos citados pelos gestores está relacionado à questão financeira, sendo que a verba para a implementação das práticas integra os recursos da Atenção Primária à Saúde. Desse modo, cabe ao secretário aplicar o recurso de acordo com as principais prioridades. A falta de financiamento pela gestão federal também traz dificuldades em outros dois pontos: déficit na capacitação dos profissionais em PICS, juntamente com a falta de uma estrutura física que seja adequada para a realização das práticas.

Percebe-se haver um potencial nas PICS de forma oportunizar debates, discussões e mudanças em padrões biologizantes e medicalizantes no processo de Saúde Coletiva. Entretanto, há um desamparo técnico do profissional da saúde juntamente com o desamparo político dentro da realidade SUS, tornando-se, assim, de fundamental importância a criação de um processo educativo, tanto com cunho político quanto na formação de profissionais em PICS. É fundamental a inserção de conteúdos sobre o SUS e da Saúde Coletiva nos cursos de formação, sejam na área específica de PICS ou em outros cursos da área da saúde. Isso contribuirá para o fortalecimento da PNPIC de forma a estimular novas áreas de pesquisa científica e a inserção de outras terapias e profissionais no SUS (Azevedo; Pelicioni, 2011).

O segundo aspecto apontado na subcategoria Negativos, fala sobre conflitos nos modelos de tratamento, conforme descrito a seguir: F: *"[...] conflito de interesses, gerando algumas divergências com a medicina tradicional"*. H: *"[...] de que elas não são para dar fim ao tratamento, mas como coadjuvantes. Às vezes, eu fico com medo de passar estes tratamentos para os pacientes e eles entenderem que é somente este o tratamento"*.

Quando conflitos de pensamentos são deflagrados, eles podem ser geradores de novas possibilidades, ideias ou situações que geram mal-estar. Este mal-estar normalmente

ocorre pela falta de compreensão sobre os processos individuais e os lugares que cada pessoa ou profissional ocupam. No caso específico da subcategoria Negativos, os comentários apontados pelos participantes demonstram novamente a importância sobre discussões e entendimentos sobre a complementaridade das PICS nos tratamentos, tanto para profissionais quanto para pacientes que são assistidos pelas UBSs. Lima (2019), em seu estudo, objetivou compreender as experiências de cuidado de usuários e profissionais sobre as PICS. Para isso, utilizou-se de elementos da antroposofia médica como forma de entendimento sobre tais aspectos. Concluiu que quando há uma reflexão sobre as práticas de saúde holística, estas podem validar a integração de outras formas de cuidado em diversos contextos da rede de serviços de saúde.

O terceiro e último ponto levantado nesta subcategoria refere-se à falta de conhecimento sobre as PICS em ambas as esferas, social e profissional, conforme os fragmentos de discurso mostrados a seguir: A: *"[...] A falta de conhecimento da população sobre estas práticas. Eu diria que até dos profissionais que receitam há uma falta de conhecimento, talvez por falta de capacitação"*. E: *"[...] a falta de informação durante o processo de formação acadêmica, é complicado você dispor do recurso e por falta de conhecimento, não saber utilizá-lo da melhor forma possível"*. G: *"[...] durante a formação se fala muito nos fármacos e não nos fitoterápicos"*.

Importante ressaltar que as instituições de ensino superior poderiam oferecer cursos profissionalizantes nas PICS, uma vez que estas encontram-se alicerçadas em bases constituintes de reconhecimento nacional e estadual. Possuem um arcabouço teórico e pesquisas que demonstram sua eficácia. Estão diretamente vinculadas à rede SUS, como formas e manejos amplificadores em cuidados humanizados (Nascimento; Romano; Chazan; Quaresma, 2018).

Nas questões sociodemográficas deste estudo, foi perguntado aos entrevistados se possuíam alguma formação em PICS; somente dois participantes expressaram positivamente, ambos em Auriculoterapia. No presente momento, esses dois profissionais não atuam com esta prática nas Unidades Básicas em Saúde por não haver disponibilidade de horas em seus turnos de trabalho.

É possível perceber um crescente interesse e aceitação das PICS entre os profissionais que atuam na rede de Atenção Primária à Saúde, por estas colaborarem com um olhar sobre a clínica ampliada e são recursos terapêuticos que favorecem esta relação em saúde. Contudo, faz-se necessário ambientes e instituições que ofereçam de forma adequada a formação dessas práticas (Savaris; Borges; Savian; Jansen; Silva, 2019).

Também foi perguntado aos entrevistados se em algum momento fizeram uso das PICS como forma de autocuidado; dos treze participantes, somente duas pessoas responderam negativamente. Dentre as práticas mais recebidas para autocuidado pelos pesquisados estão: aromaterapia, homeopatia, yoga, meditação, reiki, cromoterapia e hipnoterapia.

Pesquisa realizada com PICS, durante a pandemia de Covid-19, com profissionais da Atenção Primária à Saúde, em um município da região norte do Rio Grande do Sul, demonstrou que as PICS forneceram auxílio para equipe de trabalhadores para o enfrentamento dos estressores causados pela sobrecarga de trabalho que culminou em estresse, tensão e ansiedade entre a equipe. As PICS realizadas foram a Auriculoterapia, escalda-pés, meditação acompanhada da respiração diafragmática, aromaterapia e técnicas de relaxamento. As práticas agiram como potencializadores e coadjuvantes em efeitos de bem-estar, trazendo impactos positivos ao cuidado para com a equipe multiprofissional (Wachekowski; Zeppe; Dantas; Seibert; Vieira; Krug, 2021).

Nesta pesquisa, é importante ressaltar que os psicólogos entrevistados reconhecem as práticas como formas de complementaridade aos tratamentos em saúde, inclusive utilizam-nas como forma de autocuidado. Apesar dessa categoria não poder utilizá-las em seus atendimentos, pois o Conselho Federal de Psicologia não reconhece tais metodologias por considerá-las sem relevância científica, ética e técnica nos processos de atendimento psicológico (Conselho Federal De Psicologia, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal investigar como as Práticas Integrativas e Complementares têm sido utilizadas e quais os resultados obtidos em pacientes da rede de Atenção Básica de Saúde do município de Igrejinha (RS), sob o olhar de profissionais da saúde. O tema abordado é relevante para o favorecimento de ações que reflitam na ampliação das PICS nos atendimentos da rede SUS, por estarem de acordo com as diretrizes preconizadas em atendimentos humanizados. Uma vez que possuem estímulos sobre os mecanismos naturais, auxiliam na complementaridade dos tratamentos para a manutenção e recuperação da saúde. As expectativas de vida continuam aumentando, sendo de suma importância a estimulação de meios que contenham custo baixo e que favoreçam o bem-estar da população.

A literatura corroborou com a validação dos apontamentos levantados no decorrer desta pesquisa, porém é fundamental que mais abordagens sobre o tema sejam investigadas, a fim de tornar as PICS cada vez mais conhecidas e reconhecidas perante o meio científico. Os resultados aqui descritos confirmam o propósito e a necessidade de mais estudos nesta área de atuação, também como meio de estimular as academias a oferecerem cursos de formação em PICS que tenham maior validação e aperfeiçoamento dos profissionais que tenham interesse nesta área. Ressalta-se que os entrevistados, através de suas vivências com as PICS, demonstraram interesse em conhecer mais sobre elas.

As percepções dos profissionais da Enfermagem, da Medicina e da Psicologia, acerca dos resultados da utilização das PICS, oferecem ao município de Igrejinha a possibilidade de reconhecer a importância para a população nestes tratamentos complementares, legitimando, assim, a continuidade e a ampliação desses serviços. Considerando também que a população possui um engajamento na utilização das práticas e, conforme já demonstrado, obtém bons resultados nesses tratamentos.

Por fim, pode-se dizer que esta pesquisa possibilitou à pesquisadora um maior entendimento sobre a forma como as PICS são utilizadas e como ocorre a relação entre os profissionais de diversas áreas dos saberes que atuam em conjunto nas Unidades Básicas em Saúde. Sugere-se que este estudo, no âmbito acadêmico, venha proporcionar conhecimento e informação, principalmente aos acadêmicos na área da Psicologia, de forma a favorecer as relações entre os diversos saberes e profissionais que trabalham em conjunto na rede de saúde. Portanto, pretende-se que este estudo possa ser fonte de entendimento de modo a agregar e ampliar a visão holística sobre o sujeito. Foi considerado um fator de limitação do estudo o baixo número de profissionais de Psicologia no município. Sugere-se continuidade da pesquisa sobre as percepções de profissionais de saúde a respeito das PICS em outros municípios do Vale do Paranhana, incluindo maior diversidade de profissionais entrevistados.

REFERÊNCIAS

[1] ALMEIDA, R. A.de; MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, dez.2011.

[2] ALVES, V. L.; GUIMARÃES, N. S.; CHAVES, M.; OLIVEIRA, C. J. R. Revisão narrativa sobre a humanização na área da saúde frente às práticas integrativas complementares (PIC). **Revista Científica de Estética e Cosmetologia**, [s. l.], v.3, n.1, mar.2023.

[3] ARAÚJO, M. S. C.; DA COSTA, J. W.; DA COSTA, A. A.; TOCCHIO, P. S. P. de L.; ARAÚJO, L.S. de A.; NUNES, V. M. de A. A utilização de plantas medicinais e da fitoterapia em comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, 17(4): 6-16, out-dez, 2015.

[4] ARAÚJO, M. C. E. S.; FRANÇA, S. L. G.; SANTOS, L. A. "EU ME SINTO MUITO BEM": os efeitos das Práticas Integrativas e Complementares no cuidado a pessoas com obesidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28 (5), 1491-1500, 2023.

[5] ARAÚJO, T. R. de. Uso das técnicas de acupuntura para tratamento da dor lombar crônica não específica no Brasil: revisão integrativa da literatura. **BDENF da Enfermagem**, Ribeirão Preto; s. n; 2021. 101 p. ilus.

[6] AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.361-378, nov.2011.

[7] BARROS, A. da L.et al. O uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde PICS para transtornos mentais. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v.7, n.8, 10 ago.2021.

[8] BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Concepts and movements in health promotion to guide educational practices**, [s. l.], 2016.

[9] BEZERRA, V. de O.; NEGREIROS, R. A. M.; MORAIS, M. do S.T. Práticas integrativas e complementares na residência em Medicina de Família e Comunidade: Um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v.15, n.42, 9 out.2020.

[10] BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Brasília, 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde

[11] _____. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: [s. n.], 2006. 92 p. ISBN 85-334-1208-8.

[12] _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília 2010.

[13] _____. **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**/Dulce Helena Chiaverini (Org.) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

[14] _____. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016**, Brasília, 7 abr. 2016.

[15] _____. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580 de 22 de março de 2018**, Brasília, 22 mar. 2018.

[16] _____. Base de dados SUS. **Regulação do Sistema Único de Saúde.** Absenteísmo no Sistema Único de Saúde (SUS). 17 nov. 2022.

[17] _____. Práticas Integrativas e Complementares. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gov.br**., 2022.

[18] CABOCLO, E. K. D.; SANTOS, J. B.; SOUSA, A. R. de; BORDIN, A. O.; CASTRO, L. S.; LISBOA, H. C. F. Fitoterápicos e plantas medicinais na prática dos profissionais de saúde em Unidades de Estratégia Saúde da Família/Phytotherapies and medicinal plants in the practice of health professionals in Family Health Strategy units. **Rev. Ciência. Méd. Biol. (Impr.)**; 21(2): 214-217, out.2022.

[19] CARVALHO, J. L. da S.; NÓBREGA, M. do P. S. de S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 38(04) Porto Alegre, 2017.

[20] CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, Brasília, agosto 2005.

[21] DACAL, M. del. P. O.; SILVA, I. S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, jul/set 2018.

[22] DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

[23] FILLIS, M. M. A.; NICIO, R.; NICIO, R. T.; SANTOS, G. A.; BRANDET, J. M.; RIBEIRO, H. G. G. Shiatsu-associated physical therapy on pain and fatigue on people with multiple sclerosis. **Fisioterapia em Movimento**, 35, e 35114, 2022.

[24] FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sobre: Quem somos, atividades e projetos. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Rio de Janeiro). **Observapics**. Rio de Janeiro, 2018.

[25] GOUVEIA de O. A. M.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Articulação entre Práticas Integrativas e Promoção da Saúde: ações coletivas com acupuntura na Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, v.25, 2022.

[26] GALVÃO, T. F.; TIGUMAN, G. M. B.; COSTA Filho, D. B.; SILVA, M. T. Tempo de espera e duração da consulta médica na região metropolitana de Manaus, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2020. **Epidemiologia e Serviços De Saúde**, 29(4), 2020.

[27] HOFFMEISTER, A. PIRES, F. S. Saberes populares e cuidados em saúde: Um estudo de caso no município de Araricá/RS. **Saberes plurais**: Educação na saúde, Porto Alegre, v.6, n.1, 14 out.2022.

[28] KREIN, C. E. O conceito ampliado de saúde e sua relação com a saúde mental. **Salão do Conhecimento**, [s. l.], v.7, n.7, 18 out.2021.

[29] LACERDA, T. O. do V.; PIRES, C. A. A. Experiência exitosa de uma intervenção para mudança do estilo de vida dos pacientes hipertensos. Estratégia Saúde da Família em Barcarena, Pará. **Revista Saúde em Redes** (ISSN 2446-4813), v.8, Supl. n.2, 2022.

[30] LIMA, E. N. O paciente somos nós: um estudo de caso sobre experiências e produção do cuidado em um contexto de práticas integrativas e complementares de saúde. **BVS Ministério da Saúde.** Ribeirão Preto; s.n.; 2019. 215p.

[31] LIMA, C. de A.; SANTOS, A. M. V. de S.; MESSIAS, R. B.; COSTA, F. M. da.; BARBOSA, D. A.; SILVA, C. S. de O.; e PINHO, L. de.;& BRITO, M. F. S. F. Integrative and complementary practices: use by community health agents in self-care. **Revista Brasileira De Enfermagem**, n.71, p.2682-2688, 2018.

[32] MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. [S. l.]: EDUC-Moraes, 1989. 110 p.

[33] MATOS, P. da C. et al. Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], 2018.

[34] MORAES, C. E. D; FARDIN, G. S;ZANIN, C; SILVA, I. M. da; MEDINA, L. M.; DORNELLES, G. P; RIBEIRO, J. S; SILVIA F. R. C; PERES, A. Fitoterápicos e plantas medicinais na prática dos profissionais de saúde em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev. Ciência. Méd. Biol. (Impr.);** 21(2): 214-217, out.2022.

[35] MURICY, A. L. et al. Implementação do cuidado em saúde mental com a abordagem das PICS na Atenção Primária. **Revista de APS,** [s. l.], v.25, 6 mai.2022.

[36] NASCIMENTO, M. C. do; ROMANO, V. F.; CHAZAN, A. C. S.; & QUARESMA, C. H. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as universidades Públicas. **Trabalho, Educação e Saúde,** 16(2), p.751-772, 2018.

[37] OLIVEIRA, M. R. de; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**: Natal, Natal, dez.2012.

[38] OLIVEIRA, T. M. M.; LEIS, L. C. S.; DE SOUZA, D. M. R.; DIAS, C. P.; DA SILVA, N.; CASTRO, M. da C.; RIBEIRO, C. V. Onicomicose e verrugas plantares: diagnósticos e tratamentos. **Revista Ibero-Americana de Podologia**, [s. l.], v.3, n.1, p.E0572021, 1-4, 2021.

[39] PEREIRA, A. R.; PASSOS, C.; RIBEIRO, C. A motivação no ambiente de trabalho e o seu efeito no desempenho profissional: um estudo no setor bancário. Gestão E Desenvolvimento, **Universidade Católica Portuguesa** 30),481-503.2022.

[40] PEREIRA JÚNIOR, E. A.; RUAS, Cristina Mariano. Retenção de Profissionais em UBS. **Revista da**

Administração em Saúde. v.19, n.75 (2019).

[41] REY, F. G.. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: Os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

[42] RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; VIEIRA, E. M. De M.; SILVA, P. M.; LAMAS, C. V. D-B. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 57, 16-22, 2008.

[43] SAVARIS, L. E.; BOGER, B.; SAVIAN, A. C.; JANSEN, A. S.; SILVA, M. Z. Práticas integrativas e complementares-análise documental e o olhar de profissionais da saúde. **Revista brasileira em promoção da saúde**, 32, 2019.

[44] SOUZA, J. R. de; SANTOS, S. C. M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. **Pesquisa e debate em educação**, [s. l.], v.10, n.2, 31 dez. 2020.

[45] SOUSA, V. A. de. **As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher**. Orientador: Grazieli Nunes Machado. 2019. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2019.

[46] TERRA, M.; PIZZUTTI, P. L. O caminho da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Sul: uma narrativa de potencialidades e resistências. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2021.

[47] VAZ, T. S. **A Psicologia e articulação com as Práticas Integrativas e Complementares.** 2019. Univates, Lajeado, 27 jun.2019.

[48] VIEIRA, L. de O.; & MARTINS FILHO, I. E. Secretários de saúde e aspectos relacionados à gestão das Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde E Sociedade**, 31(4), e210698pt. 2022.

[49] WACHEKOWSKI, G.; ZEPPE, M. A.; DANTAS, R. M.; SEIBERT, G.; VIEIRA, M. R.; & KRUG, M. M. Práticas Integrativas e Complementares na Pandemia: Intervenção com Trabalhadores em Saúde. In: **Congresso Internacional em Saúde** (N.8), 2021.

Capítulo 5

A importância da humanização na assistência de enfermagem ao paciente oncológico

Luana Alice de Souza e Souza
Suellen Lino Silva
Mirelia Rodrigues de Araújo

Resumo: **Introdução**: Neoplasia ou câncer, são nomes dados à várias doenças que têm em comum uma única condição, o crescimento desordenado e desorganizado de células que têm a capacidade de invadir tecidos e órgãos. **Objetivo**: Descrever a assistência de enfermagem humanizada em oncologia. **Materiais e Métodos**: Trata-se de uma revisão da literatura entre 2016 a 2023, utilizando-se de artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF, MEDLINE, por meio da junção de três DeCS, cruzados com operador boleano "AND"; "enfermagem" AND "neoplasias" AND "humanização da assistência" AND "oncologia". **Resultados**: A assistência de enfermagem busca minimizar os impactos causados pela doença, pautada nos princípios éticos, legais e humanísticos, resultando em um cuidado acolhedor e eficaz. **Considerações finais**: Quando o câncer é diagnosticado, a percepção da finitude da vida torna-se presente. Nessa perspectiva, a contribuição da enfermagem é fundamental, devido a assistência integral e humanizada prestada ao paciente, o cuidar abrange o bem-estar do mesmo através de sua reabilitação visando aliviar os impactos causados pela doença.

Palavras chave: "enfermagem", "humanização da assistência", " neoplasias,; "oncologia".

1. INTRODUÇÃO

Nomeia-se câncer ou neoplasia múltiplas patologias que possuem uma única condição em comum, que é o crescimento desordenado e/ou desorganizado de células, elas possuem a capacidade de penetrar em tecidos e órgãos do corpo. Essa multiplicação celular ocorre rapidamente, essas células atacam os órgãos de forma violenta, formando tumores que muitas vezes se espalham para outras regiões do corpo. Essa doença é muito complexa e mesmo com os avanços tecnológicos relacionados ao tratamento, o paciente ao receber o diagnóstico de câncer, sendo criança, adolescente, adulto ou idoso vivência uma mistura de sentimentos, inquietações e receios, o mesmo se encontra em uma situação extremamente complexa e que muitas vezes mudam seu estilo de vida, e consequentemente sua qualidade de vida. (Andrade et. al., 2019).

De acordo com a OMS, em 30 anos o número de casos de câncer no mundo mais que dobrou, estima-se que para o ano de 2030 , haverá 27 milhões de casos, além de 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas diagnosticadas com essa neoplasia. (Souza, 2017).

De acordo com Neves; Mendes; Santos (2017), o diagnóstico de câncer causa ao paciente várias alterações em sua capacidade funcional, física, emocional, mental e psicológica; o que se torna um grande desafio que o paciente tem que enfrentar, e também, e ao mesmo tempo a família da pessoa diagnosticada com câncer é submetida a este enfrentamento, além dos profissionais envolvidos no tratamento.

Segundo Souza et. Al., (2021) a hospitalização se constitui como uma experiência desagradável e estressante, evidenciando em pacientes oncológicos sentimentos de angústia, medo e ansiedade, isso ocorre devido ao brusco distanciamento familiar e convívio social, além das mudanças de rotina e perda do controle da sua vida; Isso somado a outras dificuldades de organização do acesso assistencial, fazendo-se necessário a aplicação da visibilidade das políticas, envolvimento dos diversos atores e interessados e responsabilização efetiva; Esses fatores motivam a Política Nacional de Humanização (PNH), esta que foi publicada em 2003 e visa a qualificação e o modo de atenção e gestão na rede SUS.

A humanização é uma ação técnico-assistencial que envolve acolhimento em enfermagem, isso inclui a qualidade na prestação de serviços e no cuidado. Contribui para a efetividade da relação entre profissional e usuário, além de possibilitar a organização dos serviços de saúde prestados, melhoria na qualidade da assistência, sendo o paciente o fator determinante para o resultado do cuidado. (Andrade, 2019)

Nos diferentes serviços de saúde, inclusive em unidades oncológicas e de cuidados paliativos, é necessário a prática da assistência humanizada frente a longos períodos de internação dos pacientes, devido a fragilidade psicológica do usuário e de sua família. Portadores de neoplasias malignas demandam uma assistência diferenciada, pois o enfrentamento da patologia em si e o estigma da doença é difícil, principalmente pelo prognóstico incerto, o medo de morrer, a ansiedade e a depressão, além de tudo a sua vontade de viver. (Anacleto, Cechetto, Riegel, 2020).

Ao profissional de enfermagem que trabalha na área da oncologia, deve considerar a prestação de uma assistência mais humanizado e particularizada, o mesmo deve dispor de um relacionamento de confiança com o cliente/paciente, cultivando a integralidade física, emocional, familiar, social e mental do mesmo, além das questões que podem

dificultar o bem-estar do paciente durante a hospitalização e o tratamento (Andrade et. al., 2019).

A questão da humanização na assistência de enfermagem relacionada ao paciente com câncer é primordial, deve-se observar a singularidade de cada paciente, pois há uma gama de fatores que tornam o enfrentamento da doença insuportável, como: efeitos colaterais das medicações, o misto de sentimentos e os impactos causados na vida do mesmo depois que o diagnóstico de câncer é revelado. (Soares et al., 2021).

A justificativa para a realização desta pesquisa deve-se a uma reflexão das rotinas vivenciadas pelos pacientes oncológicos, onde a enfermagem atua como protagonista na assistência e cuidados ao mesmo. Visto que o câncer provoca diversas reações, dentre elas, orgânicas e emocionais; desequilíbrio e conflitos, surgiu o interesse em potencializar a assistência ao paciente oncológico incorporando à conduta do profissional ações da PNH anelando melhorar a qualidade no tratamento, assistência e hospitalização do paciente oncológico.

A pesquisa teve por objetivo descrever a assistência de enfermagem humanizada em oncologia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

De acordo com Anacleto; Cechetto; Riegel (2020), a PNH, ou seja, Política Nacional de Humanização, tem a intenção de impor os princípios do SUS, esses princípios são a transversabilidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, autonomia dos sujeitos coletivos, dentre outros. Pautadas sobre as diretrizes do acolhimento, gestão participativa e coparticipação, ambiência, clínica aplicada e compartilhada, dentre outros.

Uma diretriz da PNH, o acolhimento envolve a comunicação no processo de hospitalização. Acolher significa sentir as necessidade reais de saúde de seu semelhante. Nesse contexto, através da escuta ativa, os profissionais de saúde podem garantir que os usuários tenham acesso adequado a tecnologias segundo suas necessidades, por exemplo. (Souza et al. 2021).

Concernente aos pilares da assistência humanizada, destaca-se o estabelecimento do diálogo, que permite ao paciente o acesso as informações tanto da sua doença, quanto tratamento e prognóstico e respeito à autonomia. (Anacleto, Cechetto, Riegel, 2020).

Souza et al. (2021), relata que essa política de ambiência refere-se aos parâmetros para adesão à política no ambiente hospitalar onde exige uma equipe multidisciplinar de saúde, e no mínimo deverá dispor de um médico e um enfermeiro devido a necessidade do acompanhamento dos pacientes que se encontram hospitalizados; garantia do atendimento a domicílio e atendimento consecutivo, além do plano de educação permanente e/ou continuada para os profissionais com temas de humanização. (Souza et al. 2021).

2.2. PRINCIPAIS DESAFIOS VIVENCIADOS PELO PACIENTE ONCOLÓGICO NO ÂMBITO HOSPITALAR

De acordo com a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica, os cânceres infantis são diferentes dos cânceres adultos. Os locais primários, as origens histológicas e os comportamentos clínicos são diferentes. O câncer infantil geralmente tem períodos de latência mais curtos e muitas vezes cresce rapidamente, tornando-se muito invasivo, mas responde melhor ao tratamento do que o câncer adulto. Porém essa doença causa grande impacto em ambos os casos. (Souza et al. 2021).

Concernente ao adoecimento por esta patologia denominada câncer e devido a rotina cansativa pelo tratamento terapêutico agressivo, ocasionam mudanças na vida dos pacientes e de seus familiares, na maioria das vezes essas mudanças estão associadas a inúmeras internações, bem como, a níveis de estresse elevados, a raiva e muitas vezes a ruptura de laços familiares, à quebra da rotina, e principalmente ao desgaste mental, dor, angústia e medo de morte. (Costa et al. 2021).

O fato de que durante o tratamento podem ocorrer diversas adversidades, como por exemplo, possíveis infecções oportunistas e outras complicações, levam o paciente a internações durante esse período. (Souza et al. 2021).

Segundo Cardoso et al. (2021), estudos mostram que o câncer infantil gera uma grande carga de sofrimento e fragilidade que atinge não só a criança, mas toda a sua família. Fato que ocorre devido às transformações que acontecem na vida das pessoas envolvidas, como longos e recorrentes períodos de internação, tratamentos que muitas vezes causam inúmeros efeitos colaterais, alterações nas atividades diárias e possibilidade de morte.

A quimioterapia, etapa temida do tratamento do câncer, causa a alopecia, fadiga, distúrbios gastrointestinais e outros sintomas que também afetam a vida dos pacientes. (Medeiros et al. 2019).

Na maioria das vezes a hospitalização gera emoções negativas, como por exemplo, a tristeza e o estresse, fatores que afetam diretamente a convivência, devido as incertezas que envolvem o diagnóstico e possível morte. (Souza et al. 2021).

A modalidade cirúrgica no tratamento do câncer de mama é muitas vezes considerada mutiladora, responsável por causar impactos negativos na autoimagem da mulher, pois mama está relacionada às questões da feminilidade, da sexualidade e maternidade, e sua perda afeta aspectos físicos e psicoemocionais. (Medeiros et al. 2019).

A prática humanizada nos diferentes serviços de saúde, principalmente em unidades oncológicas e de cuidados paliativos, faz-se necessária. Pois os pacientes hospitalizados são submetidos a longos períodos de internação levando o próprio paciente e seus familiares a uma fragilidade psicológica, pois portadores de neoplasias malignas demandam uma assistência diferenciada, pelo fato de suportar a patologia em si e o estigma da doença, convivendo com o prognóstico incerto, o medo de morrer, a ansiedade e a depressão, e sobretudo sua vontade de viver. (Anacleto, Cechetto, Riegel. 2020).

2.3. PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS QUE POTENCIALIZAM A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Os desafios vividos diariamente pelos pacientes fazem com que os profissionais de saúde e a equipe de enfermagem criem formas de enfrentar o processo saúde-doença-cuidado, que objetivando melhorar a qualidade de vida do paciente e da família. (Cardoso et al.

2021). Há o cuidado preventivo, que envolve aconselhamento genético e orientação sobre hábitos de vida saudáveis, hábitos esses que fazem toda a diferença, levando em consideração o histórico familiar; os cuidados curativos que atuam durante o diagnóstico, tratamento além do controle da doença, sendo importante uma equipe multidisciplinar para melhor assistência; e os cuidados paliativos, que são utilizados para dar conforto aos pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados às doenças sem possibilidade de cura. (Silva et al. 2018).

A diretriz de ambiência proposta pela Política Nacional de Humanização é uma diretriz que pode melhorar o trabalho em saúde. (Souza et al. 2021).

A humanização, em seu sentido literal, significa ato de tornar humano, ou dar condição humana a alguma situação/coisa; é tornar benévolo, afável, compassivo e caridoso. (Anacleto, Cechetto, riegel. 2020).

Os profissionais de enfermagem, oferecem suporte não só na parte clínica, mas também proporcionam humanização, conforto, alívio dos sintomas e tem o intuito de alcançar a escuta terapêutica aberta e acolhedora, possibilitando a compreensão de angústia, medos; além de ofertar suporte emocional imediato tanto aos pacientes como aos seus familiares. (Costa et al. 2021).

Para Silva et al. (2018), o cuidado envolve, também, aspectos psicossociais e não apenas o tratamento medicamentoso: é um cuidado completo porque é necessário tanto o tratamento medicamentoso quanto o efetivo, como olhar, ouvir e tocar; são complementos que não deveriam faltar.

Na oncologia pediátrica o apoio/acolhimento envolve apoio emocional, religioso, espiritual e o uso de brincadeiras e, por sua vez, são fontes de tranquilidade, proteção, otimismo e esperança que sustentam e fortalecem os mecanismos de enfrentamento dessas pessoas. (Cardoso et al. 2021).

Alguns estudos recentes testificaram a importância da espiritualidade no cuidado de pacientes que fazem tratamento do câncer, procurando contribuir para os benefícios, dentre eles a adaptação psicológica à doença e qualidade de vida. (Mendonça et al. 2018).

A equipe de enfermagem é importante no cuidado ao paciente oncológico, os mesmos devem considerar aspectos que possam reduzir a influência no sofrimento, possibilitando o estabelecimento da assistência humanizada; a implementação de cuidados direcionados não somente pela técnica, mas também pelo estabelecimento de vínculo, amizade, empatia, a transmissão da confiança, percebendo o paciente como um todo. (Anacleto, Cechetto, Riegel, 2020).

A clínica compartilhada ampliada acontece a partir da construção compartilhada de diagnósticos, ou seja, há variáveis, como a percepção dos afetos produzidos nas relações entre profissional de saúde e paciente e o diálogo mais efetivo entre os mesmos, que atuam no compartilhamento de decisões e influenciam no enfrentamento da doença. (Souza et al. 2020).

Dentre as estratégias intervenções, Mendonça et al. (2018), explorou mais profundamente o aconselhamento, intervenção definida pela Nursing Interventions Classification (NIC), o mesmo é utilizado no processo dinâmico de ajuda com foco no que o paciente precisa, seus problemas ou sentimentos dessas pessoas significativas que melhoram o apoio e a forma de enfrentar a doença, ajudando na resolução de problemas e relacionamento interpessoal.

A escuta terapêutica é uma ferramenta necessária, podendo ser aplicada pelo profissional enfermeiro, o mesmo deve ser qualificado, pois tal ferramenta pode trazer riscos e consequências negativas se utilizada de forma inadequada. (Costa et al. 2021).

Os cuidados paliativos são uma modalidade de cuidado voltada ao cuidado ativo e total aos pacientes e seus familiares com a finalidade de oferecer dignidade e humanidade no tratamento com vistas à melhoria da qualidade de vida diante dessa doença, para prevenção e alívio de sofrimento, dor e outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (Rocha et al. 2018).

A utilização de medidas simples possibilita o controle da dor, alguns estudos apontam que os cuidados prestados na assistência de enfermagem envolvem condutas medicamentosas e não medicamentosas. (Silva, Conceição, 2020). Tais medidas referem-se aos cuidados ao paciente oncológico, as mesmas devem ser oferecidas durante o período de internação do paciente. (Dias et al. 2023).

Todos os profissionais de enfermagem precisam ter a sensibilidade dos cuidados humanizados mediante ao sofrimento humano, pois a promoção de uma assistência integral de qualidade e individualizada, e que considera as necessidades do paciente em todas as suas dimensões são necessárias. (Costa et al. 2021).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA

Este estudo diz respeito a um estudo exploratório, analítico, descritivo, a técnica utilizada foi a Revisão Integrativa da Literatura. A RIL proporciona um gama de conhecimento e resultados na prática através de diferentes publicações realizadas em diferentes anos, com diversas abordagens metodológicas, incorporando assim conceitos e evidências de problemas metodológicos. (Souza, 2010).

3.2. BASE DE DADOS DA PESQUISA

A pesquisa foi efetuada a partir das bases de dados BVS, SCIELO, MEDLINE, LILACS e também a Base de Dados Bibliográficas Especializada na área de Enfermagem (BDENF), por meio da junção de quatro Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) cruzados com operador booleano “AND” “Enfermagem” AND “Neoplasias” AND “Humanização da assistência” AND “Oncologia”.

3.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram considerados elegíveis estudos primários que abordavam em seu desenvolvimento temas relacionados a assistência de enfermagem humanizada em oncologia. Além disso, foram aceitos estudos publicados em inglês, português ou espanhol, no período de janeiro de 2018 a abril de 2023. Foram selecionados artigos originais, do tipo revisão sistemática, integrativa ou relato de casos, disponibilizados gratuitamente, publicados no período de 2018 a 2023.

3.4. CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE

No intuito de estabelecer uma pesquisa qualificada e relevante, durante a análise foram excluídos estudos secundários, relatos de experiência e documentos como cartas respostas. Aplicou-se essa restrição a fim de controlar a quantidade de estudos primários, evitando um amontoando de informações que consequentemente poderiam prejudicar o decorrer da revisão integrativa ou induzir a metodologia a outro propósito.

3.5. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Realizou-se a pesquisa nas bases de dados BVS, SCIELO, MEDLINE, LILACS e também a Base de Dados Bibliográficas Especializada na área de Enfermagem (BDENF), por meio da junção de quatro Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) cruzados com operador booleano “AND” “Enfermagem” AND “Neoplasias” AND “Humanização da assistência” AND “Oncologia”. O quadro 1 mostra as etapas de desenvolvimento da pesquisa:

Etapas de desenvolvimento da pesquisa

Identificação do problema
Elaboração dos critérios de inclusão e de exclusão
Avaliação das publicações selecionadas
Leitura e interpretação dos estudos
Organização e síntese completa

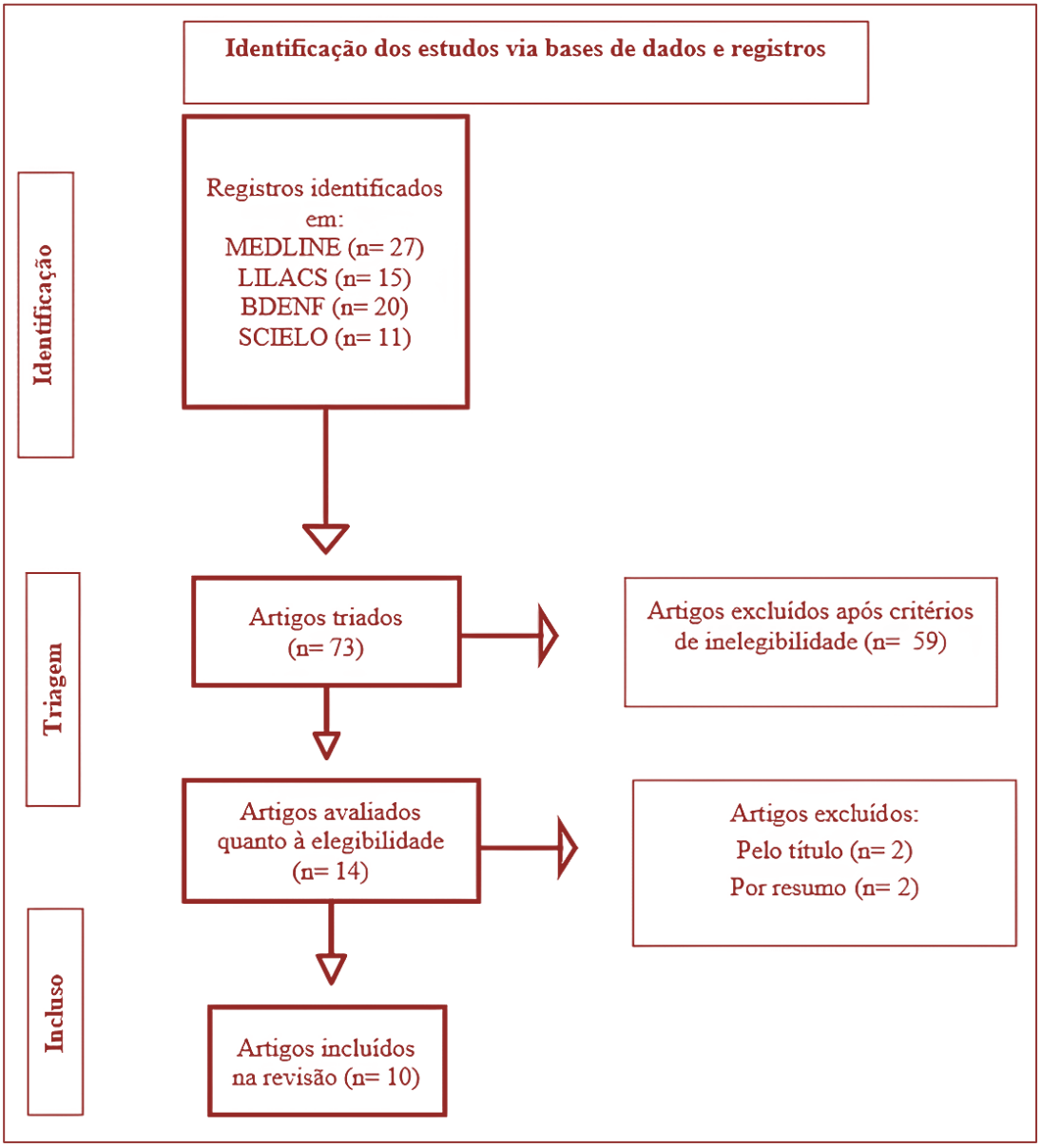
3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto não envolve seres humanos, desta forma não será preciso submeter à apreciação ao comitê de ética em pesquisa, conforme o preconizado na resolução n° 466/2012 Do Conselho Nacional de Saúde - CNS. (Brasil, 2012).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios a partir dos títulos, após isso foi realizada a análise de resumos, logo após os artigos foram lidos na íntegra, de forma minuciosa a fim de extrair estudos que estavam dentro dos critérios e temática proposta, sendo elaborado um instrumento para a coleta de informações direto nas bases de dados selecionados para compor esta revisão. O quadro 2 mostra o fluxograma de busca dos artigos nas bases de dados.

Fluxograma das etapas de seleção dos artigos para a revisão



Utilizando os quatro DeCS: "Enfermagem" AND "Neoplasias" AND "Humanização da assistência" AND "Oncologia", foram encontrados 73 artigos na totalidade nas bases de dados. Ao adicionar os critérios de inclusão e exclusão o número reduziu para 14. Após a análise das pesquisas, 10 publicações foram selecionadas para compor esta pesquisa. Na Bibliotecas Virtual em Saúde (BVS) através dos DeCS cruzados com o operador booleano "AND" "Enfermagem" AND "Neoplasias" AND "Humanização da assistência" AND "Oncologia", sem os critérios foram encontrados 15 artigos na plataforma LILACS e 20 artigos na BDENF; após os critérios: texto completo, idiomas (português, inglês, espanhol) e últimos 5 anos; o número de artigos reduziu para 7. Na base de dados MEDLINE através dos DeCS cruzados com o operador booleano "AND" sem os critérios foram encontrados 27 artigos; após os critérios (ano de publicação 2018 – 3 artigos e 2021 - 3 artigos) o número de artigos reduziu para 6; Na base de dados SciELO através dos DeCS cruzados com o operador booleano "AND" "Enfermagem" AND "Humanização da Assistência" AND

"Neoplasias", sem os critérios foram encontrados 11 artigos, após os critérios ano de publicação, o número de artigos reduziu para 1. A pesquisa ocorreu no período de setembro de 2023 a outubro de 2023.

Para melhor organização das publicações presentes/selecionadas para compor esta RIL, será apresentada uma síntese conforme autor, ano, título, objetivo estudo, bases, idioma e resultados, contribuindo para o processo de análise e interpretação das publicações presentes nesta revisão **(Quadro 3).**

Quadro 3

Título	Autores	Ano/ País/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo	Resultados	Síntese e Conclusão
Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: Revisão integrativa	Anacleto, Cechetto, Riegel (2020)	2020/ Brasil/ LILACS	-Técnica de análise de conteúdos	Atenção às necessidades globais do paciente, boa comunicação, bom relacionamento, escuta ativa, necessidades espirituais, desenvolvimento de atividades lúdicas e melhoria no ambiente hospitalar.	Os fatores que promovem a assistência de enfermagem humanizada estão relacionados diretamente as atividades e comportamento dos profissionais de enfermagem que assistem aos pacientes orientados pela Política Nacional de Humanização da saúde.
A hospitalização na percepção de crianças e adolescentes em tratamento oncológico.	Souza et al. (2021)	2021/ Brasil/ LILACS/ BDENF/ 13 crianças	-Investigação qualitativa -Entrevista	Uma diretriz da PNH – o acolhimento inclui a comunicação no processo de hospitalização. Acolher é conhecer a legítima e real necessidade de saúde do outro. Através da escuta ativa.	Durante o tratamento do câncer é necessário a comunicação, permitindo a organização de espaços saudáveis e acolhedores em favor da humanização da assistência.
Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar do paciente em cuidados paliativos oncológicos.	Rocha et al. (2018)	2018/ Brasil/ LILACS/ BDENF/ 20 cuidadores familiares	- Descritiva - avaliativa - Entrevista fenomenológica método de Amadeo Giorgi.	"A espiritualidade como fundamento da vida"; "Necessidades espirituais sublimadas pelo cuidador familiar", e "Cuidados esperados da enfermagem na perspectiva do familiar".	Torna-se profícuo que o enfermeiro comtemple as necessidades espirituais do cuidar no sentido de prestar assistência pautada na Humanização do cuidado e integralidade da assistência.
Contribuições da pesquisa fenomenológica sobre o câncer de mama.	Medeiros et al. (2019)	2019/ Brasil/ LILACS/ 8 artigos	- Revisão de literatura - Bases de dados: LILACS, BDENF e IBESC	8 artigos revisados: colaborando com a humanização da assistência, a prevenção secundária e a detecção precoce do câncer de mama. Destaca a necessidade de elaboração de programas de cuidados mais eficazes.	A produção do conhecimento acerca do câncer de mama na perspectiva fenomenológica é relevante e traz contribuições tanto para assistência quanto para a orientação das políticas públicas no controle dessa doença.
Cuidados em oncologia pediátrica e a aplicação do jogo pela enfermagem	Cardoso et al. (2021)	2021/ Brasil/ SCIELO/ 13 profissionais	- Qualitativo - Entrevista	A comunicação é uma importante ferramenta que contribui para uma assistência mais humanizada. Cuidados em oncologia pediátrica para a equipe de enfermagem e aplicação do lúdico nos cuidados.	Os profissionais de enfermagem, através das estratégias lúdicas no cuidado oncológico pediátrico, evidencia sua importância, pois permite o exercício da humanização.
Percepção do adolescente frente a sua condição de adoecimento oncológico.	Costa et al. (2021)	2021/ Brasil/ LILACS/ 13 adolescentes	- Pesquisa exploratória - Descritiva - Qualitativa	O hospital e a equipe de saúde são acolhedores, porém a algumas vezes falta empatia e acolhimento adequado; humanização na assistência e apoio familiar.	O adoecimento vai além da condição de saúde física, interfere e limita sua qualidade de vida e dos familiares, e a escuta terapêutica é essencial para uma assistência humanizada
Significado do cuidar e seus sentimentos para a equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico.	Silva et al. (2018)	2018/ Brasil/ BDENF/ 10 profissionais de enfermagem	Entrevista bem estruturada	Foram identificadas três categorias o significado do cuidado; conforto e humanização; o envolvimento inevitável e a busca do equilíbrio emocional.	concluiu-se que os sentimentos de empatia, compaixão e apego são envolvidos durante o trabalho cotidiano da equipe de enfermagem, sendo preciso apoio psicológico a essa para evitar o desequilíbrio mental

Quadro 3(continuação)

Título	Autores	Ano/ País/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo	Resultados	Síntese e Conclusão
Cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas.	Silva; Conceiçã o (2020)	2020/ Brasil/ LILACS/ Analisaram 8 artigos	Revisão integrativa	Assistência de enfermagem nos cuidados paliativos de enfermagem, no controle da dor e hemorragias em feridas neoplásicas; atuação assistencial de enfermagem.	A enfermagem atua proporcionando assistência humanizada aos pacientes em cuidados paliativos a fim de minimizar o desconforto das feridas neoplásicas.
Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson.	Dias et al. (2023)	2023/ Brasil/ SCIELO/ 10 enfermeiros	- Qualitativa - Referencial teoria de Jean Watson	Os depoimentos dos enfermeiros trouxeram reflexões contundentes acerca dos conhecimentos no campo da enfermagem oncológica, com ênfase na assistência a crianças em cuidados paliativos e estratégias implementadas.	A atuação dos enfermeiros a partir de uma assistência humanizada, com o escopo na promoção de conforto e alívio da dor e nas práticas dialógicas, lúdicas e transpessoais, é imprescindível neste processo de doença. Deste modo, as estratégias identificadas poderão contribuir para a prática clínica de enfermeiros ao cuidar de crianças com câncer em cuidados paliativos, fundamentada na Teoria de Jean Watson.
Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da teoria de Jean Watson	Mendonç a et al. (2018)	2018/ Brasil/ BDENF	-Reflexão teórica -Teoria de Jean Watson	A análise da Teoria do Cuidado Humano, promovendo o aprimoramento de intervenções espirituais direcionadas a pacientes em quimioterapia.	A partir da Teoria de Jean Watson emergiu um aconselhamento criativo, original e único na enfermagem. Implicações para a prática A compreensão acerca de métodos de aconselhamento e intervenções espirituais constituem importantes ferramentas para a prática de enfermagem oncológica, bem como potencializam os recursos de que dispõe para integrar espiritualidade e saúde.

Nota-se que há uma complexidade na atenção e atuação na assistência humanizada ao paciente com câncer, devido ao enfrentamento da doença que leva o paciente a vários conflitos internos e externos, entretanto a realização do trabalho assistencial qualificado gera a satisfação e transmite confiança ao paciente. Porém os profissionais de saúde também estão sujeitos a momentos de estresse, tensão e conflitos entre equipe, familiares e pacientes, pois o cuidar é algo desgastante e necessita além de conhecimentos e habilidades, da perseverança e atitudes humanizadas. Por isso, é necessário oferecer assistência qualificada com mais determinação, ética e respeito tanto aos pacientes e seus familiares quanto aos colegas de trabalho. (Monção et al. 2019).

Segundo Anacleto, Cechetto, Riegel (2020), o conceito de humanização está associado ao direito à saúde (Constituição Federal de 1988) e ao desenvolvimento do cuidado nos serviços de saúde que almeja a qualidade da assistência, ignorando os fundamentos da caridade e filantropia, mas entendendo a autonomia dos indivíduos e seu protagonismo no que se refere a cidadania. Nesse contexto, a humanização da assistência tem sido intento de debate na área da saúde, evoluindo nos últimos anos logo após a criação de uma política pública que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH).

Antes da PNH ser integrada a constituição, as atenções eram focadas somente para a cura do indivíduo, as apreensões do paciente não eram percebidas, atualmente esse olhar não é mais aceito, o foco e dever da assistência tem como base o tratamento qualificado aliado ao respeito e afeto relacionado ao paciente e seus familiares. Os profissionais necessitam

estar cientes da integralidade (física, emocional, social, mental e familiar) e também dos fatores que podem dificultar o bem-estar durante o tratamento do paciente com câncer. (Andrade et al. 2019).

As transformações que ocorrem na vida das pessoas envolvidas, como longos e recorrentes períodos de internação, tratamentos que muitas vezes causam inúmeros efeitos colaterais, alterações nas atividades diárias e possibilidade de morte fazem com que o paciente viva uma mistura de sentimentos que variam entre inquietações e receios. Por isso, o trabalho do profissional relacionado ao paciente oncológico, baseia-se em um tratamento qualificado, que envolve o respeito e afeto tanto para o paciente quanto para seus familiares. (Cardoso et al. 2021).

Para alguns profissionais de enfermagem, em sua realidade cotidiana no cuidado humanizado ao paciente quanto ao estigma do câncer, muitas vezes a situação torna-se dolorosa e de difícil aceitação, pois requer sentimentos de empatia tornando-o vulnerável e causando momentos de decepção e tristeza. Por isso para esses profissionais, torna-se difícil acompanhar a terminalidade da vida, porém outros profissionais estão acostumados a lidar com essa situação, devido as muitas experiências em ter que lidar com o sofrimento e finitude da vida, traz o conhecimento de que a morte é um processo natural e fisiológico, por isso torna-se necessário a preparação psicológica para profissionais de enfermagem para que os mesmos tenham estrutura psicológico apropriada, e assim possam enfrentar os diversos desafios e obstáculos como, por exemplo, a sobrecarregada emocional, para que esses profissionais possam oferecer um atendimento humanizado de qualidade, tanto aos pacientes quanto a seus familiares. (Monção et al., 2019).

O cuidador familiar, ao assumir a responsabilidade pelo cuidado diário e contínuo ao paciente, é considerado alvo de atenção, pois, em geral, também vivencia transtornos físicos, emocionais, financeiros, espirituais, materiais e existenciais, principalmente quando o cuidado oferecido é prolongado ou o câncer já está avançado. (ROCHA et al. 2018).

A comunicação faz parte da diretriz de acolhimento, onde há uma escuta qualificada dos trabalhadores aos usuários. Neste contexto, destaca-se a importância de incorporação das diretrizes, princípios e estratégias da PNH, principalmente no que se diz respeito ao acolhimento. (Souza et al. 2021).

A humanização inclui o respeito à integralidade/individualidade do paciente e de sua família, considerando a essência do ser e a necessidade de construção de um espaço concreto no ambiente hospitalar que reconheça a humanidade das pessoas envolvidas. Nesse sentido, o cuidado humanizado dos profissionais de saúde exige a compreensão do sentido da vida, a capacidade de assimilar a particularidade e a originalidade do paciente. (Cardoso et al. 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, observou-se que a humanização na assistência de enfermagem frente ao paciente oncológico, é extremamente necessária devido ao impacto causado pelo câncer a essas pessoas; sabendo que essa neoplasia provoca no paciente inúmeras alterações, tanto na sua capacidade física, como mental, psicológica, social e até mesmo interferindo de forma extrema na sua qualidade de vida. É importante ressaltar que a humanização, em seu sentido literal, significa ato de tornar humano, por isso, é necessário

que o profissional de enfermagem tenha esse olhar humanizado, prestando uma atenção acolhedora, tendo empatia, sendo sempre benévolo, afável, compassivo e caridoso; respeitando a individualidade de cada paciente, o tratando em todas as suas dimensões.

Em todo o mundo, percebe-se a alta incidência do câncer e segundo a OMS pressupõe que em 2025 ocorrerão mais de 20 milhões de novos casos no mundo. Atualmente as perspectivas de cura e a possibilidade de sobrevivência são maiores se diagnosticados a tempo, devido a melhor resposta ao tratamento e ao atendimento multiprofissional qualificado que resulta em resposta de cura de quase 80% dos casos, por isso o atendimento humanizado é imprescindível.

Entende-se que as instituições e hospitais que atendem a essas pessoas devem seguir os critérios e da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual propõe a criação de espaços saudáveis e acolhedores, dos quais respeitem a privacidade no processo de reabilitação, cura e finitude da vida do paciente oncológico, proporcionando também uma assistência multiprofissional qualificada que dispõe o atendimento às necessidades do paciente e de seus familiares. A humanização como instrumento técnico assistencial do profissional de enfermagem dispõe ao usuário prestação de serviço e escuta qualificada e organizada, a qual otimiza seu processo na terapia em que o paciente está inserida. O profissional deverá buscar artifícios para cuidar do paciente com cuidado e criatividade, tornando sua experiência na hospitalização mais acolhedora. O acolhimento envolve apoio emocional, religioso, espiritual, recreativo tanto para o paciente oncológico quanto para o seu acompanhante, que também necessita de acolhimento devido ao estresse emocional vivenciado ao longo da internação de seu ente querido.

O diálogo é um dos pilares da assistência humanizada, por isso, é direito do paciente e dever do profissional informar ao mesmo sua condição quanto a respectiva doença, tratamento e prognóstico, respeitando a sua autonomia.

Dentre as estratégias de enfrentamento, destacou-se as práticas integrativas e complementares (PICs), que auxiliam no controle e prevenção dos sintomas causados pela terapia convencional, que muitas vezes influenciam o paciente no processo da doença. As PICs ajudam no alívio de sintomas e efeitos colaterais, como a redução da dor e fadiga, proporcionando conforto físico e psicológico ao paciente.

Sendo assim, o profissional de enfermagem deverá saber que mesmo em meio a situações de dificuldades e sofrimentos, deverá mostrar sentimentos de satisfação e gratidão por cuidar dos pacientes oncológicos, com o objetivo de promover acolhimento e escuta qualificada, tornando a experiência de hospitalização desses pacientes menos impactante.

Como vimos, a incidência e prevalência do câncer são crescentes e com isso o atendimento humanizado é imprescindível.

REFERÊNCIAS

[1] ANACLETO G., CECCHETTO F. H., RIEGEL F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: Revisão integrativa. **Rev. Enferm. Contemporânea**, 2020; 9 (2).

[2] ANDRADE J. G. et al. Humanização da assistência de enfermagem na oncopediatria: Uma revisão narrativa de literatura. **Rev. Cient. Mult. Núcleo do Conhecimento**, 2019; 4 (11).

[3] CARDOSO L. S. et al. Cuidado humanizado em oncologia pediátrica e a aplicação do jogo pela enfermagem. **Revenf,** 2021.

[4] COSTA da C. V. et al. Perception of the adolescent in face of its condition of oncological sickening. **Rev. Brasileira de cancerologia**., 2021; 67(4).

[5] DIAS C. K. T. et al. Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. **Rev. Enferm. Escola Ana Nery**., 2023; v. 27.

[6] FREITAS F. D. S, FERREIRA M. A. F. Saberes de estudantes de enfermagem sobre a humanização. **Rev. Brasileira de enfermagem,** 2016; 69 (2).

[7] MEDEIROS de B. M. et al. Contribuições da pesquisa fenomenológica sobre o câncer de mama: Uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UERJ**., 2019; v. 26.

[8] MENDONÇA B. A. et al. Counseling AND spiritual assistance to chemotherapy patients: A reflection in the light of Watson's theory. **Rev. Enferm**., 2018; 22(4).

[9] NEVES N. J., MENDES D. R. G., SANTOS W. L. Enfermagem em oncologia pediátrica: fatores de excelência na assistência integralizada. **Univ. Fed. Rio de Janeiro.,** 2017.

[10] ROCHA C. N. O. R. et al. Spiritual needs experienced by the patients family careguier under oncology palliative care. **Rev. Bras. Enferm.,** 2018; 71 (6).

[11] SILVA M. M. C. et al. Significado do cuidar e seus sentimentos para equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico. **Rev. Enferm. Atenção Saúde (online)**., 2018; 7(2).

[12] SILVA S. V. E; CONCEIÇÃO de N. H. Cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas. **Rev. Espaço para a Saúde**., 2020; 21(1).

[13] SOARES et al. Humanização da assistência de enfermagem frente ao paciente oncológico pediátrico. **Rev. Interd. Saúde.,** 2021; 8 (único).

[14] SOUZA D. A. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico em cuidado paliativo. **Rev. Casos e cons.,** 2021; 12 (1).

[15] SOUZA R. L. A. et al. A hospitalização na percepção de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. **Rev. Gaúcha Enferm.,** 2021; 42.

Capítulo 6

Atuação do enfermeiro voltado para cuidados com climatéria na menopausa e pós menopausa

Pabloena da Silva Pereira
Amaro Veloso dos Santos
Hemely Cristiely Gomes Cabral
Karen Sabrina Frota Monteiro
Rosalia Soares Fernandes Neta

Resumo: **Introdução**: O momento em que a mulher passa da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida, que vai desde a menacme até a senectude, é caracterizado pela diminuição na produção dos hormônios estrogênio e progesterona pelos ovários. A menopausa é identificada somente após doze meses consecutivos sem menstruação e costuma ocorrer por volta dos 48 aos 50 anos de idade. **Objetivo**: analisar o papel do enfermeiro e suas atividades de apoio às mulheres durante o climatério, menopausa e pós-menopausa. **Metodologia**: Trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura **Resultados**: Os tipos de estudos selecionados apresentam uma média de 70% de estudos do tipo revisão de literatura, 10% relato de experiência, 20% são estudos transversais, 30% desses são descritivo, abordagem metodológica qualitativo presente em mais de 30% dos artigos. **Considerações Finais**: Neste momento de mudança, os enfermeiros estão estrategicamente preparados para fornecer cuidados abrangentes e personalizados, devendo, estes, nstruir sobre mudanças no corpo, promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças ligadas à menopausa.

Palavras- chaves: enfermeiro, climatério, menopausa, pós-menopausa, assistência em enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

O momento em que a mulher passa da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida, que vai desde a menacme até a senectude, é caracterizado pela diminuição na produção dos hormônios estrogênio e progesterona pelos ovários. A menopausa, que representa o fim desse período, é identificada somente após doze meses consecutivos sem menstruação e costuma ocorrer por volta dos 48 aos 50 anos de idade (Curta; Weissheimer**,** 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020) aponta que as mulheres representam a maioria da população total do Brasil, superando os 98 milhões de habitantes e sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas buscam atendimento médico tanto para si mesmas quanto para seus familiares, correspondendo a 50,77% da população do país.

O período de transição estabelecido para o climatério, de acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, (2018), ocorre entre os 40 e 65 anos de idade Ele pode ser dividido em três fases: a pré-menopausa, que geralmente começa após os 40 anos e é marcada pela diminuição dos níveis de progesterona e pela redução da fertilidade em mulheres com ciclos menstruais regulares ou semelhantes aos da vida reprodutiva; a perimenopausa, que tem início dois anos antes da última menstruação e dura até um ano após, com alterações hormonais e ciclos menstruais irregulares; e a pós-menopausa, que começa um ano após o último período menstrual.

Assim, compreende-se que a menopausa é um evento que ocorre durante o climatério, que é composto por três fases: pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa. O diagnóstico do climatério é predominantemente clínico e se baseia nas alterações menstruais e queixas específicas que surgem entre os 40 e os 65 anos de idade, devido às várias mudanças hormonais no organismo feminino, sendo um período significativo em suas vidas (Ferreira *et al*., 2023).

Apesar de enfrentarem variados sinais e sintomas durante o climatério, muitas mulheres não possuem conhecimento sobre a maioria das alterações hormonais, físicas e emocionais que ocorrem quando há a redução na produção de hormônios e a cessação dos ciclos menstruais. É essencial garantir o bem-estar e a qualidade de vida ao longo de todas as etapas da vida da mulher, principalmente levando em consideração o aumento no número de mulheres em fase climatérica devido ao envelhecimento da população brasileira e mundial. No entanto, é evidente a carência de políticas de saúde específicas para mulheres nesse período e de informações sobre as diversas enfermidades que podem afetá-las (Selbac *et al.***,** 2018).

Mesmo com a grande quantidade de informações disponíveis atualmente, é notório que muitas mulheres enfrentam sentimentos de envelhecimento e insegurança em determinados momentos de suas vidas. Além disso, várias delas desconhecem os sinais e as transformações físicas que ocorrem nesse período, resultando em questionamentos, receios, angústia e constrangimento. Essas alterações podem impactar significativamente a autoestima e a rotina da mulher, acarretando sofrimento e incertezas em relação ao seu papel na sociedade feminina (Curta; Weissheimer**,** 2020).

Assim, com base no cenário abordado anteriormente, destaca-se a problemática central da pesquisa, que se resume em: diante do crescimento da faixa etária média da população e do aumento progressivo do número de mulheres idosas, torna-se essencial uma abordagem especializada e ampla em relação aos cuidados durante a menopausa, tanto

durante quanto após a mesma (Santos *et al*., 2023).

Diante disso, surge a pergunta: Como os profissionais de enfermagem podem melhorar os cuidados durante a menopausa, considerando as particularidades físicas, emocionais e sociais das mulheres, visando garantir uma transição tranquila e uma elevada qualidade de vida nesse período do ciclo reprodutivo?

A sugestão de oferecer treinamentos e direcionamentos sobre o climatério ministrados por enfermeiras surge como uma opção inovadora para ajudar as mulheres a compreenderem as mudanças físicas e emocionais que ocorrem durante a menopausa e após esse período (Ferreira *et al*., 2023).

Assim, através da colaboração de profissionais de enfermagem especializados, é possível desenvolver estratégias personalizadas de cuidados que podem melhorar a qualidade de vida e a saúde mental dessas mulheres, reduzindo os impactos negativos dos sintomas que surgem nesse período. Uma abordagem multidisciplinar, que inclui enfermeiros, médicos e outros profissionais da área da saúde, é fundamental para garantir um cuidado completo e eficaz. Essa parceria tem como objetivo não só aliviar os sintomas da menopausa, mas também prevenir e tratar problemas de saúde crônicos frequentemente relacionados a essa etapa do ciclo reprodutivo (Campos *et al*., 2022).

A elaboração deste estudo é justificada ao considerar a importância de uma abordagem ampla e interdisciplinar no tratamento da menopausa. Os enfermeiros, profissionais de saúde experientes, desempenham um papel fundamental ao fornecer suporte, orientação, avaliação de sintomas e encaminhamentos adequados, assegurando um cuidado personalizado e abrangente para as mulheres nesse período de transição. Suas atividades incluem desde a instrução sobre as mudanças fisiológicas até a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção de doenças associadas à menopausa (Silva; Pontes, 2020).

Dessa maneira, evidencia-se a importância da abordagem social deste estudo ao reconhecer que a principal função dos profissionais de enfermagem é proporcionar um ambiente para que a mulher na menopausa possa compartilhar suas emoções sobre esse período, fornecendo o apoio emocional adequado e esclarecimentos sobre as transformações que o corpo feminino está enfrentando, visando evitar desconfortos e impactos negativos na saúde (Curta; Weissheimer, 2020).

O objetivo geral consistiu em analisar o papel do enfermeiro e suas atividades de apoio às mulheres durante o climatério, menopausa e pós-menopausa. Enquanto os objetivos específicos abrangiam: Investigar o climatério, menopausa e pós-menopausa; explicar as principais queixas apresentadas pelas mulheres nesses períodos e as mudanças fisiológicas que ocorrem com a mulher no momento em que cessa a capacidade reprodutiva; abordar de forma detalhada as diversas práticas de enfermagem voltadas às mulheres durante o climatério na atenção primária à saúde

2. METODOLOGIA

2.1. CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Este estudo consiste em uma análise descritiva e exploratória, utilizando a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que consiste em uma metodologia que tem como foco responder questões de pesquisa em uma determinada área com base em informações já existentes. Para isso, foram analisados diversos materiais textuais, tais como livros,

artigos científicos, registros históricos, documentos oficiais, trabalhos acadêmicos, entre outros. (Sampaio, 2022).

2.2. BASES DE DADOS CONSULTADAS

Os artigos foram coletados nas bases de *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) os quais abordavam o papel do enfermeiro e as ações realizadas para ajudar as mulheres na menopausa, menopausa e pós-menopausa.

2.3. FONTES BIBLIOGRÁFICAS

Foram utilizados artigos científicos, além de livros e manuais. Para a realização da busca utilizou-se os descritores “Enfermagem”, "Climatério", “Menopausa”, “Pós-menopausa”; “Assistência em enfermagem”, combinados ou não com os buscadores booleanos AND ou OR.

2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para estabelecer os padrões de inclusão, foram analisados artigos divulgados entre 2017 e 2024, escritos em português e que apresentavam resultados relevantes para o assunto abordado na investigação.

A exclusão foi baseada na seleção de artigos com data de publicação anterior ao período estabelecido, e também naqueles que não abordavam o papel do enfermeiro e as intervenções voltadas para o apoio às mulheres durante a menopausa, menopausa e pós- menopausa.

2.5. COLETA DE DADOS

Durante os meses de fevereiro de 2023 a março de 2024, foram analisadas obras literárias disponibilizadas gratuitamente em bases de dados eletrônicas online. A ideologia presente nessas obras foi um dos pontos considerados durante a coleta de dados.

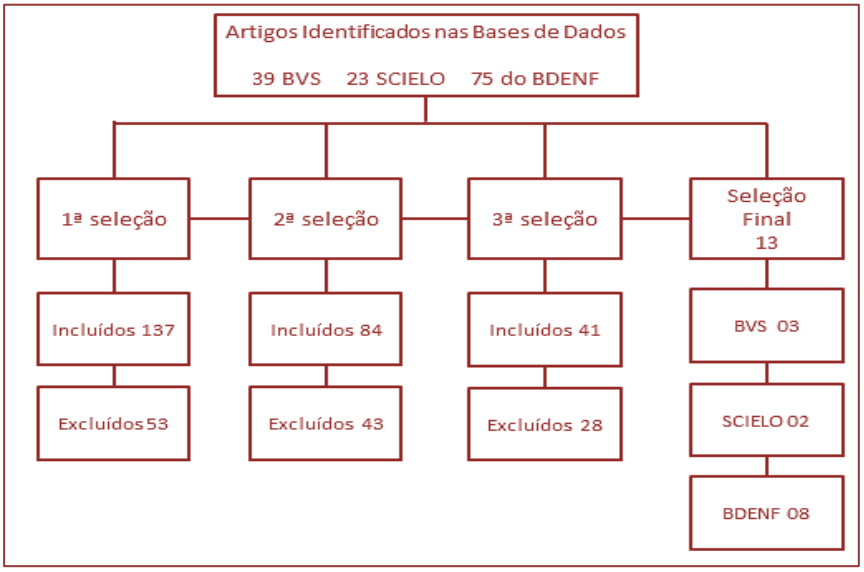
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando os descritores ou palavras chaves como: enfermeiro, assistência, menopausa, climatério, pós-menopausa. Nesta revisão, a seleção ocorreu com um levantamento nas bases de dados, inicialmente com 137 artigos, sendo dividido na 1ª seleção foram de 39 da BVS, 23 do SCIELO e 75 do BDENF, foram excluídos 53 artigos por não responderem as palavras-chaves e estarem incompletos. Na 2ª seleção, foram filtrados novamente, chegando ao total de 84 artigos, que ficaram 28 da BVS, 16 do SCIELO e 40 do BDENF, foram excluídos 43 artigos. Finalizando numa 3ª e última filtragem de 41 artigos de bases de dados, incluídos 17 da BVS, 10 do SCIELO e 14 do BDENF e excluídos 28 artigos, chegando a uma filtragem total de 03 da BVS, 02 do SCIELO e 08 do BDENF, resultando na seleção final de 13 obras.

Ao adicionar os critérios de artigos publicados dentro dos idiomas português e inglês no corte temporal de 2019 a 2024. Os processos de seleção das referências estão descritos

conforme na figura 1. Após a leitura e interpretação das pesquisas, 13 artigos com foco central do tema abordado foram selecionados (Quadro 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de publicações pertinentes ao tema proposto.



Fonte: arquivo pessoal.

Quadro 1: Resultado de busca nas Bases de Dados referente ao que cerne ao enfermeiro na assistência a mulher durante o climatério, menopausa e pós-menopausa

N	Autor/Ano	Título	Objetivo	Estudo	Revista
01	Cavalcante *et al.*, (2023)	A atuação do enfermeiro no climatério: aspectos históricos, fisiológicos e sociais	Analisar o papel do enfermeiro no climatério em seus aspectos fisiológicos e sociais	Revisão da literatura	Revista Eletrônica Acervo Saúde
02	Carvalho et al., (2023)	Assistência de enfermagem às mulheres no climatério na atenção primária à saúde: revisão integrativa	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a assistência de enfermagem à saúde das mulheres no climatério na Atenção Primária à Saúde.	Revisão da literatura	Arq. ciências saúde UNIPAR
03	Ferreira *et al.*, (2023)	Climatério: papel do enfermeiro da atenção primária à saúde no cuidado e orientação da sexualidade	Explorar o papel do enfermeiro da atenção primária à saúde no cuidado e orientação da sexualidade durante o climatério	Revisão de literatura	Research, Society and Development
04	Campos *et al.*, (2022)	Climatério e menopausa: conhecimento e condutas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde	Identificar o conhecimento e as condutas de enfermeiras na Atenção Primária à Saúde sobre climatério e menopausa	Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa	Revista de Enfermagem da UFSM
05	Santos; Pinto (2022)	Cuidado realizado pelo enfermeiro à mulher no climatério	Analisar o desempenho e a contribuição do enfermeiro diante do cuidado à mulher climatérica, contribuindo assim, para melhorar sua qualidade de vida	Estudo descritivo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa,	Revista Multidisciplin ar do Sertão
06	Silva *et al.*, (2022)	Cuidados de enfermagem para mulheres no climatério: promoção da autoestima e o autocuidado através da teoria de Orem	Detalhar a importância da enfermagem na promoção da autoestima e autocuidado para a mulher no climatério	Revisão da literatura	Brazilian Journal of ealth Review
07	Silva *et al.*, (2022).	O papel do enfermeiro frente aos desafios da mulher climatérica	Destacar o papel do enfermeiro na assistência a mulher climatérica.	pesquisa explicativa	Revista Universo

Quadro 1: Resultado de busca nas Bases de Dados referente ao que cerne ao enfermeiro na assistência a mulher durante o climatério, menopausa e pós-menopausa (continuação)

N	Autor/Ano	Título	Objetivo	Estudo	Revista
08	Ceciliano; Camargo (2021)	Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência á saúde da mulher no climatério	Conhecer as estratégias que devem ser utilizadas pelos enfermeiros acerca da atenção as mulheres no período do climatério	Revisão da literatura	Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT
09	Saboia *et al*., (2021)	Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa: estratégia de inclusão na rotina das unidades básicas de saúde	Expor o valor do enfermeiro no atendimento à população feminina no climatério e menopausa	Pesquisa descritiva, quantitativa e qualitativa, tipo revisão de literatura	Scire Salutis
10	Santos *et al*., (2021)	Assistência de enfermeiros da estratégia saúde da família a mulheres climatéricas com sintomas depressivos	analisar a assistência de enfermeiros da ESF sobre sintomas depressivos em mulheres climatéricas, e como objetivos específicos relatar sobre o atendimento do enfermeiro às mulheres climatéricas com sintomas depressivos e mostrar a importância da assistência do enfermeiro na diferenciação da sintomatologia depressiva e climatérica	Revisão da literatura	Research, Society and Development
11	Carneiro *et al*., (2020)	Assistência de enfermagem a mulher climatérica: estratégias de inclusão na rotina das unidades básicas de saúde	Abordar sobre a assistência de enfermagem no período do climatério	Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, tipo revisão de literatura	Revista Extensão
12	Patrício *et al*., (2020)	Ações de enfermagem na promoção da saúde e qualidade de vida de mulheres no climatério	Apresentar as experiências e as atividades vivenciadas por acadêmicas de enfermagem durante a disciplina de estágio supervisionado em saúde da mulher nas ações de cuidado integral às mulheres climatéricas em um parque municipal em uma cidade do Amazonas	Relato de Experiência	Revista Eletrônica Acervo Enfermagem
13	Melo *et al.*, (2019)	Assistência da enfermagem à mulher no climatério na atenção básica de saúde	Conhecer as ações de enfermagem na atenção básica para auxiliar a mulher que vivencia o climatério	Revisão da literatura	Revista de Iniciação Científica e Extensão

A média dos estudos escolhidos revelou que a maioria (70%) consiste em revisões de literatura, 10% são relatos de experiência, e 20% são estudos transversais. Dentre estes, 30% são estudos descritivos, havendo uma abordagem metodológica qualitativa em mais de 30% dos artigos.

Este estudo não teve preferência por uma revista específica, embora tenha recebido muitas contribuições da Research, Society and Development e da Revista Eletrônica Acervo Saúde. A análise das publicações presentes no Quadro 1 nos permite compreender o papel do enfermeiro no cuidado à mulher durante o climatério, menopausa e pós-menopausa.

3.1. CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA.

3.1.1. CLIMATÉRIO

A transição para o climatério é uma fase natural na vida das mulheres, marcando a passagem da fase fértil para a não fértil. Geralmente começando aos 40 anos e podendo durar até os 65 anos, esse período é caracterizado pela chegada da menopausa, que acontece cerca de um ano após a última menstruação. Durante o climatério, os ovários diminuem sua função, o que resulta em uma redução significativa na produção de hormônios sexuais femininos, como o estrogênio, levando a diversos sintomas desconfortáveis típicos desse momento (Ministério da Saúde, 2020).

O Climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como um período natural da existência, não relacionado a enfermidades, assinalando a transição do estágio reprodutivo para o não reprodutivo na jornada feminina (Candido, 2019).

Durante o período da menopausa, as estruturas e funcionamentos dos ovários passam por alterações. Há uma diminuição na produção de estrogênio, levando a um aumento das gonadotrofinas hipofisárias. Mesmo que a mulher nasça com aproximadamente dois milhões de folículos ovarianos, somente algumas centenas permanecem durante a transição para a menopausa, sendo o restante absorvido. Com isso, o tamanho médio dos ovários diminui de 8 a 9 cm na adolescência para 2 a 3 cm alguns anos após a menopausa. A liberação de hormônios como estrogênio e andrógeno, sendo o estradiol o mais dominante durante a fase reprodutiva, costuma variar significativamente nos anos que antecedem o fim dos ciclos menstruais, diminuindo gradualmente com o início da menopausa (Leite; Ribeiro, 2021).

Os óvulos gerados por uma indivídua de sexo feminino ao longo de sua vida têm sua origem nos folículos ovarianos ou células germinativas presentes desde o nascimento. Essa reserva é utilizada desde a primeira menstruação até a última, que marca o início da menopausa. É fundamental salientar que não é possível formar novos folículos para substituir os perdidos. Quando os últimos folículos se esgotam, os ovários deixam de funcionar e os níveis dos hormônios femininos, como estrogênio e progesterona, diminuem de maneira irreversível (Picoito *et al.,* 2022).

Os indícios mais frequentes associados a essa condição incluem fragilidade e redução dos tecidos na área genital, disfunções íntimas, problemas urinários e maior suscetibilidade a problemas cardíacos e osteoporose. Esses sintomas podem se manifestar de diversas formas, como ondas de calor, sudorese noturna, ressecamento na região genital, fraqueza dos músculos pélvicos e alterações no padrão de sono. Ademais, alterações de humor e episódios depressivos também podem surgir devido a esses sinais (Gonçalves *et al*., 2023).

Além da redução do estrogênio e da resposta de algumas mulheres às alterações hormonais ao longo do tempo, os sintomas da menopausa podem também estar ligados a aspectos psicológicos e físicos que fazem parte do processo natural de envelhecimento (Selbac *et al.*, 2018).

3.1.2. MENOPAUSA

A interrupção espontânea dos ciclos de menstruação, denominada menopausa, acontece em decorrência da redução na liberação de hormônios pelos ovários. Nesse momento, conhecido como climatério, ocorre uma etapa biológica fundamental na vida feminina. Com a diminuição dos níveis de estrogênio, progesterona e testosterona, a menstruação se torna mais escassa e menos intensa. Essas mudanças hormonais são características marcantes da menopausa (Ministério da Saúde, 2020).

O climatério é o período que marca a transição da mulher da fase de capacidade reprodutiva para a fase não reprodutiva, que geralmente começa por volta dos 40 anos. Conforme Selbac *et al*. (2018), apontam em sua pesquisa, a menopausa é o momento na vida da mulher em que ocorre a interrupção da menstruação, sinalizando o fim da capacidade de procriação. Com a diminuição da função dos ovários, os ciclos menstruais podem se tornar irregulares e, em alguns casos, cessar completamente.

A interrupção da menstruação e capacidade reprodutiva é definida como menopausa depois de um período de 12 meses sem menstruação, de acordo com as informações do Ministério da Saúde (2023). O começo da menopausa é marcado pela diminuição da sensibilidade dos receptores de gonadotrofinas nos folículos. Normalmente, a menopausa ocorre por volta da mesma faixa etária, com leves variações entre os grupos populacionais (Selbac *et al*., 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), é comum que as mulheres apresentem a menopausa em uma faixa etária média de 45 a 50 anos. Por conta disso, é frequente que os sintomas relacionados a esse período persistam mesmo após o término da menstruação. Entre esses sinais estão os fogachos, problemas para dormir, suores noturnos, diminuição da libido, ressecamento da pele, queda de cabelo, ressecamento vaginal, dores musculares, sintomas depressivos e ansiedade.

3.1.3. PÓS-MENOPAUSA

Depois da menopausa, começa uma nova fase que tem início após o fim da menstruação, iniciando um ano após a última menstruação e continuando ao longo da vida da mulher. Nessa etapa inicial, que normalmente dura cerca de cinco anos, o corpo feminino passa por várias transformações que podem levar a um maior risco de osteoporose e ao aumento da probabilidade de doenças cardíacas (Ministério da Saúde, 2019).

Após a menopausa, diversas mulheres podem desenvolver atrofia vaginal, um problema que causa ressecamento e desconforto durante as relações sexuais. É fundamental buscar ajuda médica para lidar com essas questões e preservar a qualidade de vida. Durante a fase pós-menopausa, os níveis de FSH podem aumentar de 10 a 15 vezes, enquanto os níveis de LH podem chegar a crescer de 3 a 5 vezes. Por outro lado, os níveis de estrogênio diminuem cerca de 80%, tornando a estrona o principal hormônio desse período. Mesmo com essas mudanças hormonais significativas, algumas mulheres podem não apresentar sintomas ou ter apenas sinais leves (Pinkerton, 2023).

3.2. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NO CLIMATÉRIO MENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA

Durante o período do climatério, menopausa e pós-menopausa, as mulheres passam por diversas mudanças em seu corpo, mente e interações sociais. Essas transformações estão principalmente relacionadas aos relatos feitos pelo grupo feminino. Sintomas

físicos comuns nessa fase incluem ondas de calor seguidas por sensações de frio, batimentos cardíacos acelerados, dificuldade respiratória, dores nas pernas e aumento da sensibilidade. Esses sintomas físicos podem levar à irritabilidade, afetando não apenas o estado psicológico das mulheres, mas também suas relações com as pessoas ao seu redor. Além disso, enfrentam desafios típicos da idade, como os filhos saindo de casa, perda dos pais, problemas no casamento e alterações nos papéis sociais, que, agravados pelos sintomas, podem impactar suas atividades diárias (Selbac *et al*., 2018).

Durante o período do climatério, a menopausa e a pós-menopausa, as mulheres passam por uma fase de mudanças que costuma ser desafiadora devido às transformações físicas e emocionais envolvidas. Muitas vezes, elas se sentem constrangidas por enfrentar essas fases, pois erroneamente acreditam que estão ficando mais velhas. Esse momento sensível pode resultar em graves problemas psicológicos, como o afastamento social, sentimentos de inadequação e insegurança, dificuldades nos relacionamentos devido à fragilidade física e emocional, além de irritabilidade excessiva (Alvarenga *et al*., 2021).

O início do climatério e da menopausa se torna perceptível devido à diminuição gradual dos níveis de estrogênio e progesterona, o que resulta em uma redução da atividade ovariana e em um ciclo menstrual irregular. Essa fase é sucedida pela pós-menopausa, que geralmente coincide com o início da terceira idade nas mulheres. Dessa forma, as mulheres passam por transformações não só biológicas ligadas a essas etapas, mas também pelas mudanças naturais decorrentes do processo de envelhecimento (Selbac *et al.,* 2018)

Depois que a transição para a menopausa começa, por volta dos 45 anos, a qualidade e quantidade dos óvulos diminui, o que resulta em uma produção reduzida de hormônios pelos ovários. Isso causa uma diminuição nos níveis de estrogênio e progesterona no sangue, resultando em mudanças significativas no corpo feminino. Antes da menopausa, o estrogênio atinge o pico no meio do ciclo menstrual, seguido por uma queda após a ovulação, seguido por um aumento nos níveis de progesterona. Se a fertilização não ocorrer, os níveis de estrogênio e progesterona irão diminuir, resultando na menstruação. Durante a menopausa, os ovários continuam a produzir estrogênio, mas a ovulação não ocorre de forma regular, o que leva à falta de progesterona no sangue e, consequentemente, ao fim da menstruação. Portanto, na pós-menopausa, os ovários não produzem mais estrogênio ou progesterona, resultando no término da menstruação (Kami *et al.,* 2019).

No decorrer das mudanças do climatério, menopausa e pós-menopausa, é rotineiro observar uma diversidade de sinais incômodos que atingem boa parte das mulheres. No entanto, algumas mulheres conseguem atravessar essas etapas sem apresentar qualquer sinal ou tendo apenas sinais sutis. Uma das manifestações mais comuns é a sensação de calor repentino, que geralmente dura entre dois a quatro minutos e pode vir acompanhada de suor e batimentos cardíacos acelerados. Além disso, pode ocorrer dificuldade para dormir, diminuição do desejo sexual e queda na qualidade de vida de modo geral (Ministério da Saúde, 2020).

No período do climatério, menopausa e pós-menopausa, as mulheres enfrentam um maior risco de desenvolver uma série de problemas de saúde. Entre esses problemas estão a pele seca, flácida e mais fina, com uma tendência maior a sensibilidade e manchas escuras, aumentando assim as chances de câncer de pele. A diminuição dos níveis de estrogênio no organismo resulta em cabelos mais quebradiços devido ao aumento da presença de testosterona na corrente sanguínea. Além disso, a distribuição

de gordura no corpo feminino passa por alterações, com a gordura que costumava se concentrar nos quadris e coxas sendo agora depositada na região abdominal (Selbac *et al*., 2018)

A redução dos níveis de estrogênio pode elevar a chance de desenvolver doenças do coração. O estrogênio desempenha um papel fundamental no funcionamento saudável do coração, melhorando o fluxo sanguíneo e mantendo os vasos flexíveis, o que auxilia na diminuição da pressão arterial. Com a diminuição do estrogênio, a eficiência do coração é comprometida e o acúmulo de placas de gordura nos vasos sanguíneos aumenta, elevando o risco de eventos cardíacos. Além disso, a ausência de estrogênio pode fragilizar os ossos e resultar em osteoporose, uma vez que o estrogênio é crucial para a absorção de cálcio no sangue, afetando também a função muscular (Pitanga, 2019).

À medida que os níveis de estrogênio diminuem no corpo feminino, o humor também é afetado. Isso ocorre devido à redução na fabricação de serotonina e dopamina, substâncias responsáveis por emoções como tristeza, melancolia e depressão. Além disso, o estrogênio desempenha um papel na regulação dos neurotransmissores, que são fundamentais para a memória (Selbac *et al*., 2018).

É claro que o organismo feminino sofre múltiplas mudanças, demandando um acompanhamento integral e eficiente, pois essa etapa é associada a dúvidas, ansiedades e temores, tornando as mulheres vulneráveis durante as etapas de transição da menopausa, menopausa e pós-menopausa (Silva, 2020).

3.3. O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHER DURANTE O CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E PÓS- MENOPAUSA

No meio de diversificadas atividades realizadas pelo enfermeiro, a visita de enfermagem tem se destacado como um instrumento importante, já que é o momento em que ele pode identificar as queixas por meio de uma boa entrevista clínica, oferecendo orientações, implementando e elaborando um plano de cuidados para a paciente, incluindo conselhos sobre qualidade de vida e hábitos saudáveis, além de tranquilizá-la em relação aos sinais e sintomas que podem surgir durante o climatério (Saboia *et al.,* 2021).

O cuidado de enfermagem à mulher climatérica requer que o profissional esteja preparado para guiá-la de maneira apropriada em relação aos aspectos do próprio climatério, promovendo a aceitação do tratamento. Nesse contexto, torna-se fundamental a participação da equipe de enfermagem, assumindo o papel de orientação e educação. É essencial que a enfermagem explique as transformações, de modo que (Carneiro *et al*., 2020).

Na prática dos atendimentos, é frequente os especialistas de enfermagem darem prioridade aos aspectos clínicos, relacionados com os sintomas apresentados, e negligenciarem os aspectos subjetivos, ligados à forma como a mulher encara essa fase da vida e como isso afeta o seu relacionamento com o parceiro, a família e a sociedade, bem como os efeitos dessas situações na qualidade de vida. No entanto, é fundamental destacar que o cuidado abrangente e empático às mulheres idosas se apresenta como uma ferramenta relevante para pensar a inclusão social, podendo contribuir para minimizar os impactos causados pelo envelhecimento, que acarreta diversas mudanças no corpo e na mente, tanto em nível individual como nas relações familiares e sociais

(Patrício *et al*., 2020).

É fundamental que o enfermeiro faça um acompanhamento detalhado a fim de identificar todas as demandas, esclarecer questionamentos sobre o climatério, menopausa e pós-menopausa, garantindo que haja orientações durante a consulta com a paciente e, caso necessário, encaminhá-la para a realização de exames de rotina (Ferreira *et al*., 2023).

Dentro desse contexto, o papel do enfermeiro é essencial para cuidar da saúde da mulher durante a fase do climatério, oferecendo suporte especializado com um atendimento acolhedor, visando o equilíbrio físico, emocional e social da paciente (Cavalcante *et al*., (2023).

Cabe aos enfermeiros garantir os cuidados globais necessários para as pacientes, levando em consideração não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos sociais e psicológicos das usuárias. Sendo assim, é fundamental implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio do Processo de Enfermagem, a fim de assegurar que a assistência seja prestada de maneira organizada, eficaz e com foco nos elementos que mais impactam a saúde de cada pessoa. Ao restringir a consulta de enfermagem em ginecologia apenas à coleta citopatológica, a assistência se torna fragmentada e elementos individuais podem ser negligenciados. Portanto, ao lidar com mulheres no climatério, é essencial considerar sua história clínica, as alterações físicas e emocionais, e as queixas apresentadas, como dispareunia, disúria, urgência miccional e leucorreia (Campos *et al.,* 2022).

O enfermeiro especializado, que se dedica integralmente ao cuidado e apoio à mulher. É de extrema importância que esse profissional promova atividades que as incentivem a participar ativamente do processo de cuidado, visando ampliar o conhecimento sobre as etapas do climatério. É fundamental que o enfermeiro participe ativamente no planejamento do atendimento, levando em consideração as necessidades individuais de cada mulher, com foco no cuidado humanizado e de excelência (Santos; Pinto, 2022).

É importante que o enfermeiro promova iniciativas que possibilitem a mulher se fortalecer nesse momento importante. Essas iniciativas devem permitir que a mulher reconheça e cultive sua autoconfiança, bem como estabeleça sua independência como responsável pelo autocuidado de seu próprio corpo. É fundamental que a assistência de enfermagem voltada para essa mulher atue como um estímulo para encorajá-la a assumir o controle nesse contexto (Oliveira *et al*., 2017).

Adotar práticas como manter uma dieta balanceada, praticar exercícios físicos com frequência, não fumar e moderar o consumo de bebidas alcoólicas, cuidar do sono e da higiene bucal, entre outros hábitos, são atitudes de bem-estar que podem trazer benefícios durante a transição pela menopausa (Silva *et al*., 2022).

É fundamental estabelecer uma comunicação eficiente entre enfermeiros e pacientes não apenas para compreender as preocupações, mas também para se relacionar, sendo assim, é necessário que seja acessível e permita a compreensão das informações transmitidas ao paciente, as quais devem ser explicadas de forma clara e direta, juntamente com apoio emocional e respeito, proporcionando cuidados personalizados de acordo com suas necessidades, evitando intervenções desnecessárias (Melo *et al*., 2019).

Assim, frente aos obstáculos do climatério, torna-se imprescindível que o profissional de enfermagem analise e se aprofunde nas transformações e sinais desse período, com o intuito de elaborar, em conjunto com as pacientes, uma estratégia colaborativa que

assegure direcionamento e suporte psicológico. Torna-se vital fornecer um cuidado integral, considerando sua situação social, econômica, cultural, educacional e emocional (Ceciliano; Camargo, 2021).

No contexto do climatério, menopausa e pós-menopausa, o profissional de enfermagem pode requisitar testes como mamografia, exame citopatológico ou Papanicolau, ultrassonografia transvaginal e densitometria óssea, além de exames laboratoriais de hormônio estradiol, função tireoidiana e hemograma (Silva *et al*., 2022).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em conta a relevância do assunto "O papel do enfermeiro nos cuidados na menopausa e pós-menopausa" e o debate prévio, fica claro que a participação dos enfermeiros é fundamental para promover a saúde e o bem-estar das mulheres nessa etapa importante da vida. A menopausa é um período caracterizado por alterações hormonais significativas, que podem afetar de maneira profunda a saúde física e emocional do público feminino.

Neste momento de mudança, os enfermeiros estão estrategicamente preparados para fornecer cuidados abrangentes e personalizados. Suas funções incluem a instrução sobre mudanças no corpo, promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças ligadas à menopausa. Ademais, sua habilidade em oferecer conselhos, apoio emocional, avaliação de sintomas e encaminhamentos apropriados é essencial para garantir uma assistência completa.

A importância de uma visão integrada no manejo da menopausa ressalta a significância deste assunto. A cooperação entre enfermeiros, médicos e demais especialistas da área da saúde é essencial para assegurar o cuidado mais abrangente e eficiente às mulheres nesse período de mudanças.

Resumindo, este estudo destaca a importância dos enfermeiros no cuidado com a saúde e bem-estar das mulheres durante a menopausa e após a menopausa. A participação deles é crucial para garantir uma passagem tranquila por essa fase e para reduzir os efeitos negativos dos sintomas, ressaltando a relevância da atuação da enfermagem no cuidado à saúde feminina.

REFERENCIAS

[1] ALVARENGA, Alanna Nascimento; VISGUEIRA, Cinara Lima; ARAUJO Raquel Vilanova. A vivência da mulher no período do climatério: revisão integrativa. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 13, e184101321093, 2021.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. **Climatério** [online]. Brasil, 2019. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/climaterio/. Acessado em 05 abril.2024.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. **Menopausa e climatério** [online]. Brasil, 2020. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/menopausa-e-climaterio/. Acessado em 05 abril.2024.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. **Menopausa marca processo de mudanças físicas e mentais.** [online]. Brasil, 2023. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/menopausa-marca-processo- de-mudancas-fisicas-e-mentais/#:~:text=A%20menopausa%20%C3%A9%20definida%20pela,e%2055%20anos%20de%20idade. Acessado em 05 abril.2024.

[5] CAMPOS, Poliana Ferreria., MARÇAL, Maria Eduarda Almeida., ROCHA, Luanna dos Santos; et al. Climatério e menopausa: conhecimento e condutas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à

Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v 12, 2022.

[6] CANDIDO, C, S. Saúde da Pessoa Idosa (Projeto Flor de Carmmelia - Climatério e Menopausa). Rio do SUL-SC : **FIOCRUZ**, 2019.

[7] CARNEIRO, Maria do Espírito Santo Gomes; SILVA, Patrícia Andrade; MARKUS, Glaucya Wanderley Santos, et al. Assistência de enfermagem a mulher climatérica: estratégias de inclusão na rotina das unidades básicas de saúde. **Revista Extensão** - v.4, n.2, 2020.

[8] CARVALHO, Marina Lefol Nani; MOTA, Kárita Santos da; CHINI, Lucélia Terra et al. Assistência de enfermagem às mulheres no climatério na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Arq. ciências saúde **UNIPAR***;* 27(5): 3151-3167, 2023.

[9] CAVALCANTE, Jhenneff da Silva; VALENTE, Carliene Fiel; PEREIRA, Mauricio das Neves, et al. A atuação do enfermeiro no climatério: aspectos históricos, fisiológicos e sociais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v 23, n 6, 2023.

[10] CECILIANO, Ana Laura Alves Tuono; CAMARGO, Valdirene Gomes de, et al. Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência á saúde da mulher no climatério. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT**. n. 1. Maio, 2021.

[11] CURTA, Julia Costa; WEISSHEIMER, Anne Marie. Perceptions and feelings about physical changes in climacteric women. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. spe, 2020

[12] DANTAS, Estélio Henrique Martins; SANTOS, César Augustode Souza. **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira ida**de. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.

[13] FERREIRA, Daniela Alves de Souza; FREITAS, Eduarda Medeiros de; CORTEZ, Eduardo Nogueira; ALVES, Larissa Luisa Costa. Climatério: papel do enfermeiro da atenção primária à saúde no cuidado e orientação da sexualidade: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, e5912642081, 2023.

[14] GONÇALVES, Jaqueline Teixeira Teles et al. Disfunção sexual no climatério e fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**., Recife, 23: e20230079, 2023.

[15] KAMI, Aline Tiemi, VIDIGAL, Camila Borecki; MACEDO, Christiane de Souza Guerino. Influência das fases do ciclo menstrual no desempenho funcional de mulheres jovens e saudáveis. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 356–362, 2017.

[16] LEITE, Ana Letícia Silva; RIBEIRO, Camila Rodrigues. Repercussões das alterações hormonais da menopausa nos níveis séricos de fosfato e associação com a doença cardiovascular: uma revisão narrativa. **UniFA**, 2021.

[17] LUZ, Milene Mori Ferreira. Atenção às mulheres no período do climatério: a construção de diálogos com profissionais de saúde no município de Santos, São Paulo. **Unifesp**, 2019.

[18] MELO, Antônio de Almeida Costa; SILVA, Elania Pereira da Cruz; GUIOTTO, Ani Cátia. Assistência da enfermagem à mulher no climatério na atenção básica de saúde. **Rev Inic Cient e Ext**., v 2, n 4, 2019.

[19] PICOITO, Adriana Filipa silva. A Infertilidade e Função Tiroideia: a sua relação e respetiva abordagem terapêutica. **UAlgFCT**, 2022.

[20] PINKERTON, Joann. Menopausa. **MDS**, 2023.

[21] PITANGA, Francisco José Godim. Orientações para avaliação e prescrição de exercícios físicos direcionados à saúde**. CREF4-SP**, 2019.

[22] SABOIA, Bruna Aguiar; ROSA, Maysa Clara silva; COUTO, Giullia Bianca Ferraciolli do, et al. Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa: estratégia de inclusão na rotina das unidades básicas de saúde. **Scire Salutis**, v.11, n.3, p.80-89, 2021.

[23] SAMPAIO, Juliana Vieira; MEDRADO, Benedito; MENEGON, Vera Mincoff. Hormônios e Mulheres na Menopausa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e229745, 2021.

[24] SANTOS, Adrielle de Souza; MOREIRA, Amanda Brito; SOUZA< Márcio Leandro Ribeiro de. Prevalência e severidade de sintomas em mulheres na menopausa: um estudo descritivo. DEMETRA: **Alimentação, Nutrição & Saúde**, n 18, 2023.

[25] SANTOS, Ana Clécia de Sá Silva; PINTO, Wilza Maria Pinto. Cuidado realizado pelo enfermeiro à mulher no climatério. **Rev.Multi.Sert**. v.04, n.4, p.374-383, Out-Dez, 2022.

[26] SELBAC, Mariana Terezinha; FERNANDES, Claudia Garcia Carrijo; MARRONE, Luiz Carlos Porcello et al. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino – climatério à menopausa. **Aletheia**, v 51, n 1-2, 2018.

[27] SILVA, Ana Paula Andrade Almeida; PONTES, Lucélia de Souza. Assistência de Enfermagem à Mulheres no Climatério. **UniCepla**c, 2020.

[28] SILVA, Cheila Cristina Da Hora Rocha; PEREIRA, Flaviana Ribeiro; LAGO, Maria De Fátima Carvalho et al. O papel do enfermeiro frente aos desafios da mulher climatérica. **Revista Acadêmica Universo Salvador**, v 8, n 16, 2022.

[29] SILVA, Juliana Carla Marcellino da; ANJOS, Mariana Miranda dos; MAGRI, Micheli Patrícia de Fátima. Cuidados de enfermagem para mulheres no climatério: promoção da autoestima e o autocuidado através da teoria de Orem. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p.14040-14059, jul./aug., 2022.

[30] SILVA, Lorraine Fátima Bim. O processo de resiliência na transição da menopausa. **UniTaubaté**, 2020.

Capítulo 7

A importância dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em pacientes acamados

Isabel Cristina Flori Miranda
Mirelia Rodrigues de Araújo

Resumo: **Introdução** Lesão por pressão (LPP) é definida como áreas em que ocorrem destruição tecidual em virtude da compressão da pele contra o osso, principalmente na região sacral, ísquea e do trocânter, pelo prolongado tempo de contato com a superfície, onerando prejuízos ao fornecimento de sangue e nutrientes aos tecidos, desencadeando em anóxia tecidual, insuficiência vascular seguida de morte celular. **Objetivo**: abordar a importância dos cuidados de enfermagem para evitar o surgimento de lesões de pressão. **Materiais e Métodos**: Revisão Integrativa de Literatura. **Resultados e Discussão**: medidas necessárias como higienização do paciente no leito, a roupa de cama sempre secos, limpos, livres de corpos estranhos e rugas, manter a pele hidratada e relaxada com auxílio de hidratantes; além do ajuste regular da posição no leito, dos cuidados com a hidratação e da higiene da pele, também é necessário. **Considerações finais**: A prevenção da lesão por pressão é essencial para garantir a saúde e o bem-estar dos pacientes acamados.

Palavras-Chave: lesão por pressão, pacientes acamados, cuidados de enfermagem, boas práticas.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Almeida (2019) Lesão por pressão (LPP) é definida como áreas em que ocorrem destruição tecidual em virtude da compressão da pele contra o osso, principalmente na região sacral, ísquea e do trocânter, pelo prolongado tempo de contato com a superfície, onerando prejuízos ao fornecimento de sangue e nutrientes aos tecidos, desencadeando em anóxia tecidual, insuficiência vascular seguida de morte celular.

As incidências de feridas por pressão representam um desafio significativo no âmbito da saúde, pois contribuem para a prolongação da internação hospitalar dos pacientes, elevando a probabilidade de infecções, gerando um aumento nos gastos com atendimento médico e podendo resultar em novas internações após a alta hospitalar (Conselho Federal de Enfermagem, 2016).

De acordo com o Relatório Nacional de acidentes de Saúde foram notificados dos 134.501 onde 23.722 (17,6%) eventos relatados são lesões por pressão, configurando-se o terceiro gênero mais frequente no apontado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do Serviço de Saúde Brasileiro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a prevalência de lesão por pressão em pacientes acamados varie entre 5% a 50%, dependendo do tipo de instituição e da população estudada (Brasil, 2018).

A ferida isquêmica é originada pela compressão mantida por um período de duas horas. Indivíduos com saúde comprometida podem desenvolver lesões em menos de duas horas. O cenário isquêmico ocorre devido à pressão na pele acima da pressão sanguínea média, levando a inchaço, erosão, vermelhidão e úlcera (Galvão *et al.,* 2017).

Dentro desse contexto, é fundamental considerar a avaliação das condições de saúde do paciente, a falta de alteração de posição por um período prolongado e a redução da capacidade de se movimentar, pois esses fatores orientam as ações a serem tomadas para prevenir as Lesões por Pressão. Portanto, é crucial destacar o papel essencial do enfermeiro na prevenção dessas lesões e os ganhos proporcionados pelo uso da escala de Braden (Barbosa *et al.,* 2022*).*

A Avaliação de Braden apresenta diversas chances para evitar lesões causadas por pressão, assim o uso da avaliação na área da enfermagem inclui a verificação da questão e também a avaliação completa do paciente. Esse método foi criado para auxiliar os profissionais de saúde na prevenção deste problema em pacientes que estão acamados ou com mobilidade reduzida (Silva, 2019).

É crucial que os responsáveis pelo cuidado implementem estratégias de prevenção de lesões por pressão para garantir uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes. As estratégias de prevenção são essenciais para minimizar o impacto das lesões por pressão (Almeida *et al.*, 2019).

A pergunta que norteia este estudo é: quais as ações em saúde podem prevenir as LPPs em pacientes acamados?

Justifica-se esse estudo ao observar que lesões por pressão representam um grande custo para o sistema de saúde, pois podem aumentar o tempo de internação e a necessidade de tratamento, além de aumentar as chances de reinternação e readmissão. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dos cuidados necessários e das estratégias de prevenção para evitar a ocorrência de lesão por pressão em pacientes acamados (Brasil, 2018).

A contribuição para as sociedades comum e científica está na observância de que o assunto lesão por pressão em pacientes acamados é importante por ser uma complicação comum em pacientes imobilizados e pode levar a feridas graves e até mesmo morte.

O objetivo geral deste estudo foi a importância dos cuidados de enfermagem para evitar o surgimento de lesões de pressão.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A PELE

O órgão do corpo humano de maior extensão é a pele a qual é constituída por duas camadas germinativas e representa aproximadamente cerca de 16% do peso corporal total. A epiderme é derivada do ectoderma, sendo uma camada externa composta por múltiplas camadas de células, não sendo vascularizada e exercendo função protetora. Já a derme, proveniente do mesoderma, representa a camada intermediária onde estão presentes os vasos sanguíneos, nervos e estruturas associadas à pele. Em continuidade com a derme, encontra-se o tecido subcutâneo, responsável principalmente por armazenar nutrientes e conectado aos órgãos adjacentes. (Junqueira, Carneiro, 2017; Bernardo *et al.,* 2021).

A segunda camada é a mais profunda e denomina-se derme, sendo formada pelo tecido conjuntivo denso irregular, localizada entre a epiderme e o tecido subcutâneo e é rica em fibras de colágeno e elastina. Contribui para a firmação da epiderme e participa dos processos fisiológicos e patológicos dos órgãos da pele (Tassinary, 2019).

A camada final é composta pelo tecido subcutâneo ou tecido subcutâneo, considerado um órgão endócrino, e é formado por células de gordura que armazenam energia, protegem contra choques, formam uma manta térmica e moldam o corpo (Bernardo *et al*., 2021).

A pele tem uma grande variedade de funções, que incluem a termorregulação e a criação de uma barreira física entre o corpo e o ambiente que impede a entrada de microrganismos. Os nervos cutâneos são encarregados de transmitir as sensações de desconforto, baixa temperatura, alta temperatura, contato, compressão e movimento. As glândulas sebáceas controladas por essa secreção funcionam como agente lubrificante e emulsificante, formando uma camada de gordura na superfície da pele, que apresenta propriedades antibacterianas e antifúngicas (Mittage, *et al*.; 2017).

A pele age na termorregulação, proteção imunológica, metabolismo da vitamina D, ação perceptiva por meio dos receptores sensoriais e é uma barreira física contra micro-organismos, traumas, luz ultravioleta e parasitas (Schmidt; Pereira, 2017).

A pele sofre muitas mudanças durante a vida, ainda na formação do embrião são formadas três membranas germinativas: ectoderme, mesoderme e endoderme, cada dobra se desenvolve para formar e promover o acúmulo de órgãos e sistemas humanos (Bernardo *et al*., 2021).

2.2. LESÃO POR PRESSÃO – CARACTERÍSTICAS GERAIS

A LPP é uma complicação que ocorre através de mecanismos de danificação tecidual em área localizada da pele, geralmente decorre por conta da compressão em proeminência óssea contra superfície por tempo prolongado. Contudo, a terminologia, estágios e

classificação da LPP foi atualizada pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), dessa forma, ao invés de ser úlcera por pressão deve ser usado o termo lesão por pressão. Diante disso, o NPUAP prevê que a LPP seja classificada em 4 estágios e uma grau inclassificável (Campoi *et al*., 2019).

Quanto às razões para o desenvolvimento de LPP, o surgimento da lesão é associado a aspectos internos e externos, como envelhecimento, falta de nutrientes, excesso de peso, incontinência urinária ou fecal, umidade, imobilidade, temperatura corporal, entre outros (Bernardes, 2018).

A identificação da LPP pode ser realizada por meio de quatro estágios diferentes: o primeiro estágio é caracterizado pela presença de vermelhidão na área afetada, acompanhada por mudanças na temperatura e sensibilidade local; no segundo estágio, há dano às camadas superficiais da pele, levando a uma diminuição parcial da espessura do tecido lesionado; no terceiro estágio, a complicação atinge uma profundidade maior, resultando em perda significativa de tecido, mas sem exposição de tendões, músculos ou ossos; por fim, ocorre a completa destruição do tecido afetado, com perda total de cartilagem e músculo (Almeida *et al*., 2022).

Portanto, no que diz respeito às opções de cuidado para a LPP, esta se caracteriza como um problema que afeta todos os níveis de atenção em todo o mundo, com prevalência e morbidade atingindo altas taxas epidemiológicas e custos elevados. No Brasil, aproximadamente 95% dos casos de LPP poderiam ser prevenidos através da detecção precoce (Mendonça, *et al.,* 2022).

O Ministério da Saúde aprovou o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que visa reduzir os casos de IBP. Portanto, a LPP representa um grande desafio para os trabalhadores de saúde em unidades institucionais quando entram em contato com pacientes que necessitam de tratamento (Malgarejo *et al.,* 2019).

O Manual de Padronização de Curativos de 2021 preconiza que o paciente tem direito ao tratamento individualizado e por isso o protocolo deve ser adequado ao estágio de cicatrização da lesão que o acomete (Prefeitura Municial de São Paulo, 2021).

A enfermagem desempenha papel fundamental na prestação de cuidados, para os quais deve ser realizada avaliação para seleção do tratamento mais eficaz, propondo assim ações de capacitação da equipe com foco na prevenção, tratamento, identificação de fatores de risco, promoção de nutrição adequada, desenvolvimento da comunicação decúbito para que o paciente fique em uma posição mais confortável (Savioli *et al.,* 2018).

2.2.1. EPIDEMIOLOGIA

Conforme a literatura, as taxas de prevalência de LPP se diferencia entre os países, sendo que na Europa, varia entre 18% a 20 % com maior incidência em países do norte.

Análises internacionais revelaram que 36,8% a 53,2% dos pacientes internados em instituição de longa permanência no Canadá manifestaram Lesão Por Pressão ao mesmo tempo que nos EUA essa taxa variou entre 4% a 14%. No Brasil, estudos representaram um predomínio de 25,6% em indivíduos internados na UTI em São Paulo.

Os estudos em relação epidemiologia dos pacientes com LPP em Manaus, Amazonas são escassos, dos quais são encontrados apenas um estudo descritivo, feito no Hospital e

Pronto Socorro 28 de Agosto (HPS 28 de Agosto), com taxa de 26,09% de lesão por pacientes internados.

A LPP ainda é um acontecimento frequente nos diversos contextos de assistência à saúde, apontando alta prevalência mundial, fato que confirma a demanda de medidas avaliativas e preventivas para este tipo de lesão (Rocha, 2018).

Além de disso conforme o Relatório Nacional de Incidentes Relacionados à Assistência à saúde informado a partir do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, foram notificados cerca de 3.771 *neverevents* (eventos que nunca tem de acontecer em serviços de saúde), sendo 2.739 (72,6%) consequente de lesão por pressão estágio 3 e 831 (22,0%), proveniente de lesão por pressão estágio 4 e de acordo com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (766), no intervalo de janeiro 2014 a julho de 2017, 34 pacientes evoluíram a óbito conveniente à LPP (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017).

2.2.2. FISIOPATOLOGIA

Define-se LPP pela suspensão e interrupção da estrutura da pele, causada por pressões e/ou força de cisalhamento, ou ainda associado a um dispositivo médico. Sua patogenia abrange mecanismos que tem como parte a lesão de reperfusão, a modificação da drenagem linfática, a deformação celular e morte celular. A isquemia de reperfusão acontece por causa da obstrução ou bloqueio da microcirculação consequente da pressão mecânica extrínseco, e decorre em fosforilação oxidativa mitocondrial com uma baixa de ATP (adenosinatrisfosfato), e ativação dos glóbulos brancos, resultando em inflamação (Silva, 2022).

Segundo Souza (2007), os mecanismos para o aparecimento de Lesão Por Pressão são baseados em duas importantes causas críticas: a intensidade e tempo da pressão e a tolerância dos tecidos para padecer essa pressão. Outros antecedentes que favorecem o surgimento da LPP são fatores externos e internos. Os fatores extrínsecos abrangem a fricção e o cisalhamento relacionado e a umidade, os fatores intrínsecos compreendem na ausência de percepção e restrição da força muscular ou mobilidade, incontinência, temperatura corporal elevada, anemia, desnutrição proteica, tabagismo e idade avançada.

O American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ptou por substituir o termo "úlcera por pressão" por "lesão por pressão" (LPP) e modificou a classificação dos estágios no sistema. Essa expressão diz respeito de forma especial a problemas na pele saudável ou em processo de úlcera. Uma úlcera por pressão é identificada como lesão na pele e/ou nos tecidos moles abaixo, geralmente surgindo sobre ossos ou decorrente do uso de dispositivos médicos (Caliri, 2016).

Segundo Alencar (2018), a LPP é um obstáculo que provém assunto de várias discussões há anos, oportuno ao fato da mesma se desenvolver com facilidade, essencialmente em pacientes acamados, o que ocasiona como resultados, atraso na recuperação, além de ser abertura para infecções.

Existem vários fatores que são relacionados ao desenvolvimento de LPP predomina-se a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, inconsciência, ausência de sensibilidade, déficit nutricional, disfunções circulatórias dentre outros fatores (Moraes, 2016).

As LPPs são classificadas de acordo com o estágio, o que diferencia o efeito na pele: estágio 1 é pele íntegra e vermelhidão que não brilha, estágio 2 é lesão cutânea parcialmente espessa envolvendo a derme, estágio 3 é ausência de cutis em sua espessura total onde a

gordura é visível e geralmente está presente tecido de granulação epibólica, no estágio 4 a consistência geral da pele e perda de tecido orgânico em contato direto com tecido subcutâneo, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Também não são classificadas as lesões por pressão não classificáveis: pele de espessura total e perda de tecido invisível e lesão por pressão tecidual profunda: descoloração vermelha escura, marrom ou roxa, permanente, não desbota e está com termos adicionais Lesões por pressão de dispositivos médicos e lesões por pressão de mucosa (Caliri, 2016).

2.3. ESCALA DE BRADEN

A escala de Bradem tem o propósito de ajudar o enfermeiro assistencial na observação clínica para predizer se o paciente tem potencial para desenvolver LPP tendo como objetivo técnicas efetivas e personalizadas de prevenção fundamentada nos fatores de risco achados nos pacientes por meio do mecanismo. (Simão, 2012).

A escala de Braden possui seis critérios de avaliação, são eles: sensibilidade, presença de umidade, nível de atividade, estado nutricional, fricção e pressão. As notas desses aspectos variam de 1 a 4, com exceção da fricção e pressão, que vão de 1 a 3, totalizando uma pontuação que varia de 6 a 23 (Fernandes, 2008).

Segundo Simão (2012), Braden é uma das escalas mais utilizadas para auxiliar na identificação do risco de LPP. A escala de pontuação total varia de 6 a 23, sendo que uma pontuação entre 19 e 23 mostra ausência de perigo, de 15 a 18 baixo risco, entre 13 e 14 risco moderado, de 10 a 12 alto risco, e pontuação igual ou inferior a 9 mostra perigo extremo.

A subescala de detecção de estímulos sensoriais consegue quantificar de forma precisa a sensibilidade à pressão desconfortável, classificando-a em: 1. Totalmente insensível (sem reação a qualquer estímulo doloroso),2. Muito limitada (reage apenas a estímulos dolorosos), 3. Ligeiramente limitado. . (respondeu) a comandos verbais, mas raramente se preocupou com a necessidade de mudar de posição), 4. Sem limitações (sem distúrbios sensoriais para relatar desconforto ou dor em resposta a comandos verbais). A subescala de umidade mede a extensão da exposição da pele à umidade: 1. completamente molhada (a pele permanece quase constantemente molhada), 2. muito molhada (a pele está constantemente, mas nem sempre molhada), 3. às vezes molhada, 4. raramente molhada . Atividade física, nutrição, hábitos alimentares frequentes, controle de mobilidade e postura, controle de fricção e movimento (Zambonato, 2015).

Como instrumentos de grande relevância as escalas para classificar os riscos de LPP são importantes para o enfermeiro, visto que indicam pontos suscetíveis, fortalecem a demanda de avaliação constante e promovendo à prevenção. A compreensão e prática dos dispositivos de avaliação pelos profissionais de saúde para um cuidado eficaz do paciente. A aplicabilidade apropriada da EB é uma forma efetiva na prevenção de riscos pela enfermagem (Cabral, 2020).

3. MATERIAIS E MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, que tem como propósito a síntese de conhecimento e a conexão entre os resultados de pesquisas relevantes na área, visando também analisar informações para promover uma compreensão mais aprofundada sobre o tema em questão.

As bases de dados utilizadas na busca dos artigos foram: Base de Dados de Enfermagem (BDENF), ScientificElectronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual e Saúde (BVS), utilizando os DECs "lesão por pressão"; "pacientes acamados"; "cuidados de enfermagem".

A análise foi feita através da coleta de informações retiradas dos documentos consultados no intervalo de agosto a outubro de 2023.

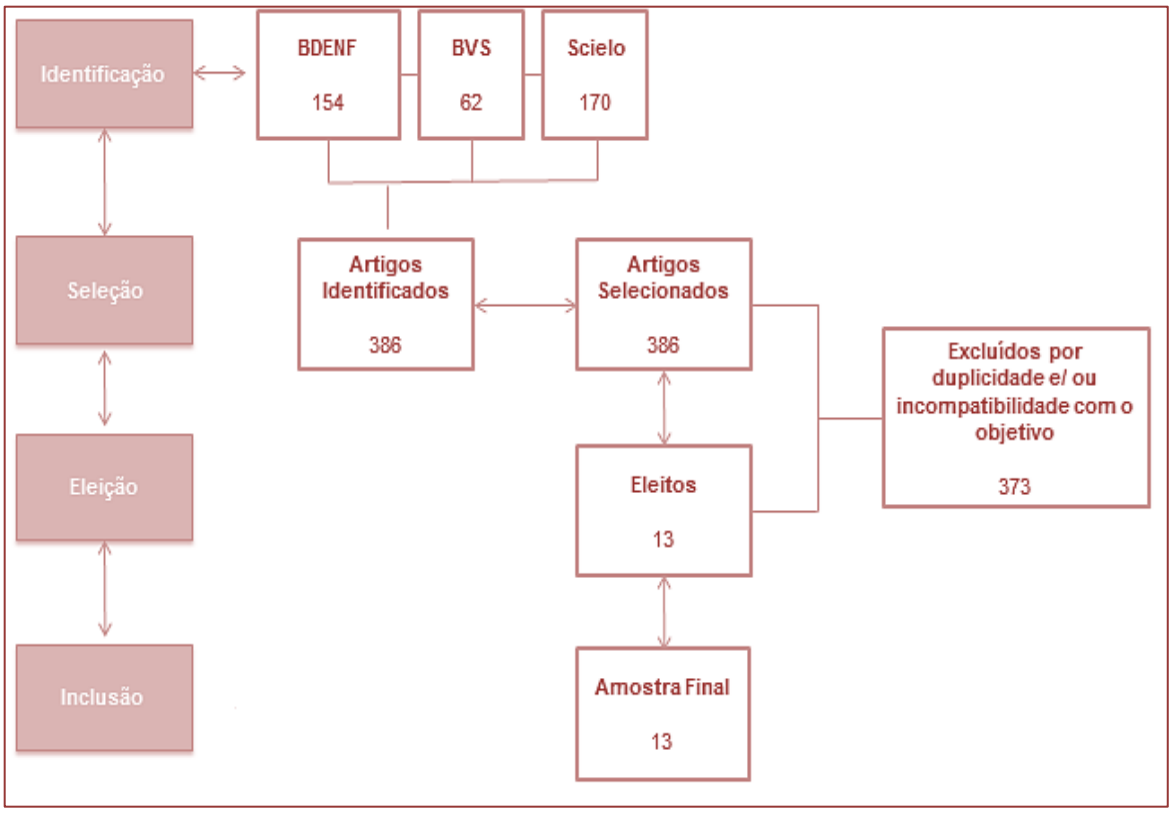
Foram aceitos para análise artigos de origem nacional e internacional, redigidos em português, espanhol e inglês, com data de publicação entre 2013 e 2023, abordando o assunto proposto e disponíveis gratuitamente online em bases de dados específicas.

Foram estabelecidos como requisitos de ineligibilidade: línguas que não sejam o português e o inglês, artigos que estejam incompletos (apenas com resumo) ou que sejam duplicados em bancos de dados, bem como trabalhos que não estejam alinhados com o tema proposto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fluxograma do resultado da pesquisa das obras analisadas neste estudo está apresentado na figura 1, onde foram identificados 386 artigos em total nas bases de dados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a remoção de obras duplicadas, foram excluídas 147 da base BDENF; 60 da BVS e 166 da Scielo, totalizando 373 obras. Após a avaliação das pesquisas, foram escolhidas 13 publicações para compor este estudo, das quais 2 são da BVS, 4 da Scielo e 7 da BDENF.

Figura 1. Fluxograma do resultado de busca



Fonte: as autoras.

A Tabela 1 traz a representação da amostragem final das publicações selecionadas para a produção desta revisão de literatura.

Tabela 1 – Resultado das publicações selecionadas para a produção desta revisão de literatura

Nº	TÍTULO	AUTOR (ES)	ANO BASE IDIOMA	RESULTADOS	SÍNTESE DA CONCLUSÃO
1	Atuação do enfermeiro na prevenção e cuidado ao paciente com úlcera por pressão na unidade de terapia intensiva	Felisberto; Takashi	2022 BVS Português	Realizar higienização do paciente no leito, a roupa de cama sempre secos, limpos, livres de corpos estranhos e rugas; manter a pele hidratada e relaxada; mudar de posição a cada duas horas, utilizar colchões e/ou travesseiros específicos; manter seu cabeça elevada, entre outros	O papel crucial do profissional de enfermagem na prescrição de cuidados e intervenções para garantir o completo acompanhamento do paciente é essencial para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão
2	Prevenção da úlcera por pressão contributos da enfermagem de reabilitação	Ferreira	2019 BDENF Português	Utilizar o reposicionamento do paciente no leito a cada 4 horas, redistribuir a pressão.	Acompanhar as ações de boas práticas a fim de evitar a LPP é uma medida sensata.
3	A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão	Jansen, Silva, Moura,	2020 Scielo Português	Identificar os elementos que aumentam o risco é fundamenta para planejar de forma organizada a prevenção, cuidado e tratamento. A utilização de instrumentos de análise de risco na criação de um Plano de Prevenção de Feridas resulta em vantagens importantes para os enfermeiros, auxiliando no cuidado planejado aos pacientes internados e simplificando a abordagem de prevenção, detecção e tratamento de lesões	A Escala de Braden representa e proporciona equilíbrio entre sensibilidade e especificidade.
4	Lesão por pressão em pacientes na unidade de terapia intensiva: Características, causas, fatores de risco e medidas preventivas	Rodrigues *et al.*,	2018 BDENF Português	O Instrumento de Avaliação de Braden é bastante eficaz na identificação de pacientes vulneráveis e dos fatores de risco relacionados, o que ajuda os profissionais de enfermagem a avaliar os pacientes e tomar decisões personalizadas sobre a prevenção de problemas..	Os cuidados de enfermagem são cruciais para prevenir e tratar a LPP
5	Lesão por Pressão: Medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de enfermagem	Correia; Santos.	2019 BVS Português	Realizar limpeza com solução salina quente (0,9%), pois a solução fria reduz o fluxo sanguíneo para a área lesionada e retarda o processo de cicatrização	É necessário preconizar a educação permanente em curativos, para uma atuação segura da enfermagem
6	Incidência de lesões por pressão em pacientes de um centro de terapia intensiva: um estudo retrospectivo	Savioli *et al.*	2018 BDENF Português	Ajuste regular da posição no leito, dos cuidados com a hidratação e da higiene da pele, também é necessário observar o estado nutricional/hidratação do paciente	As úlceras de pressão são comuns em unidades de terapia intensiva e podem impactar diretamente na qualidade do atendimento e na segurança dos pacientes, sendo essencial adotar medidas preventivas baseadas nos fatores de risco.

Tabela 1 – Resultado das publicações selecionadas para a produção desta revisão de literatura. (continuação)

Nº	TÍTULO	AUTOR (ES)	ANO BASE IDIOMA	RESULTADOS	SÍNTESE DA CONCLUSÃO
7	Superfícies de suporte para prevenção de lesão por pressão no intraoperatório: revisão sistemática com metanálise	Prado *et al.*	2021 Scielo Português	Avaliar o tipo de colchão padrão do CTI, sendo esse capaz de promover a redistribuição da pressão	Deve-se prevenir a LPP fazendo uso de superfície de suporte de alta tecnologia
8	Lesão por pressão em pacientes acamados: prevenção e ação do enfermeiro	Queiroz; Lima	2022 BDENF Português	Em caso de danos por umidade, usar superfície de apoio adequada, e prestar atenção ao estado nutricional do paciente e ao uso da escala de Braden.	Os enfermeiros são os profissionais mais ativos no cuidado de LPP, pois usam escalas para avaliar a extensão do LPP, além de ser ativo na terapia, existe o risco de lesões e o reconhecimento de quem é capaz de desenvolver esses riscos
9	Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão.	Benetti *et al.*	2017 BDENF Português	Deve-se prestar atenção a outros fatores de risco externos, como cisalhamento e fricção. Cada fator é definido como a pressão aplicada quando o paciente é colocado ou reposicionado na cama ou cadeira, e esse movimento é repetido várias vezes, o tecido ainda mantém a aderência.	Cabe ao enfermeiro fazer a identificação e classificação do paciente assim que ele chega, e também diariamente, a fim de adotar ações que possam melhorar a qualidade de vida do paciente..
10	O saber dos acadêmicos de Enfermagem relacionado à lesão por pressão em pacientes acamados	Evangelista *et al.*	2020 Scielo Português	Avaliar sistematicamente o paciente fazendo uso da Escala de Braden, que que tem alta especificidade no Brasil para promover a prevenção da LPP.	Os acadêmicos de Enfermagem ainda presentam algumas dificuldades na descrição da lesão por pressão, mas que apresentam algum saber importante sobre o tema
11	O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão	Favreto *et al*	2017 BDENF Português	O enfermeiro desempenha papel singular na avaliação e terapêutica das LPP, devendo preconizar a prevenção, o incentivo à pesquisa e à formação do conhecimento da equipe, bem como aderir aos padrões definidos de cuidado e responsabilidade para antecipar e garantir recursos humanos, materiais e estruturais e implementar medidas preventivas. para obter melhores resultados	É fundamental a intervenção do enfermeiro no que tange a prevenção da LPP, bem coo seu diagnóstico e tratamento.
12	Atuação da enfermagem na prevenção de lesão por pressão em idosos acamados e instuticionalizados	Nascimento *et al.*	2023 BDENF Português	Realizar a inspeção diária da pele e planejar as intervenções que visem reduzir o risco e devem-se registrar todos os achados durante avaliação da lesão	O papel da enfermagem é fundamental na prevenção de medidas efetivas dos riscos de lesão de pele dos idosos acamado
13	Atuação do enfermeiro na prevenção da lesão por pressão em pacientes acamados: revisão de literatura	Pereira, Nogueira	2020 scielo português	Analisar o nível de perigo com ajuda personalizada, além de criar um plano de prevenção de Lesões por Pressão de forma constante, utilizar a Escala de Braden, realizar mudanças de posição, e acompanhar a condição da pele do paciente.	Com independência, o enfermeiro deve praticar métodos de tratamento mais interativos e humanizados, visando prevenir e tratar adequadamente os pacientes com lesões por pressão.

FONTE: as autoras

Dentre os cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão estão o realizar higienização do paciente no leito, a roupa de cama sempre secos, limpos, livres de corpos estranhos e rugas; manter a pele hidratada e relaxada; mudar de posição a cada duas horas, protegendo sempre as áreas de maior atrito; análise do estado nutricional; utilizar colchões e/ou travesseiros específicos; manter seu cabeça elevada; evitar medicamentos sedativos e transfusões de glóbulos vermelhos (Benetti *et al*., 2017; Savioli *et al.,* 2018; Ferreira, 2019; Felisberto; Takashi, 2022).

Nesse sentido, Borges *et al*., (2022), afirmam que o enfermeiro deve realiza a evolução e registro no prontuário do paciente; avaliação de risco de todos os pacientes; manutenção da higiene corporal (manter a pele limpa e seca, hidratação diária da pele do paciente com hidratantes e umectantes); realização de avaliação da pele pelo menos uma vez por dia (especialmente nas áreas de proeminências ósseas e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos); mudança de decúbito a cada duas horas para reduzir a pressão local.

Já Galvão *et al*. (2017), informam que para a prevenção das LPPs é necessário Manutenção da higiene corporal, mantendo pele limpa e seca; Hidratação diária da pele com hidratante e umectantes, quando necessário; Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como por exemplo: creme barreira, película semipermeável e espuma de poliuretano; Mudança de posição a cada duas horas para reduzir a pressão local.

A identificação dos fatores desencadeantes potenciais é crucial para a eficiente gestão do tratamento em termos de prevenção, cuidados e recuperação. A utilização de ferramentas de avaliação de risco, como a Escala de Braden, na elaboração de Planos de Prevenção de Lesões (PPL) é de suma importância para a enfermagem, auxiliando na efetiva gestão do tratamento de pacientes internados e simplificando o processo de prevenção, detecção e tratamento de lesões (Rodrigues *et al*., 2018; Evangelista *et al.,* 2020; Jansen, Silva, Moura, 2020; Pereira, Nogueira, 2020; Queiroz; Lima, 2022).

Nesse contexto, Santos *et al*. (2021), destacam a importância do enfermeiro como protagonista na identificação, comunicação e cuidado de feridas por pressão. Dessa forma, torna-se responsabilidade legal do profissional elaborar o plano de cuidados de enfermagem para o paciente, tendo em vista o domínio do tema, a utilização e interpretação de ferramentas de avaliação, como a escala de Braden, para analisar os sinais apresentados.

Executar a higienização utilizando solução salina aquecida (0,9%), uma vez que a solução gelada diminui a circulação sanguínea na região afetada e atrasa a recuperação do ferimento (Correia; Santos, 2019).

Segundo Aquino Júnior (2019), maneira de higienizar recomendada para as LPPs consiste na utilização de lavagem com borrifos de soro fisiológico a 0,9% ou água destilada aquecida, que serão eficazes para eliminar materiais estranhos e tecidos levemente aderidos, além de manter a integridade do tecido de granulação.

O enfermeiro desempenha papel singular na avaliação e terapêutica das LPP, devendo preconizar a prevenção, o incentivo à pesquisa e à formação do conhecimento da equipe, bem como aderir aos padrões definidos de cuidado e responsabilidade para antecipar e garantir recursos humanos, materiais e estruturais e implementar medidas preventivas para obter melhores resultados (Favreto e*t al.,* 2017).

Assim, concordando com o exposto, Souza e Cividini (2021), ao explanarem que o enfermeiro é de extrema importância tanto na prevenção como das lesões por pressão, onde se faz necessária uma boa e correta avaliação, classificação dessas lesões, quanto para a escolha da terapêutica e tratamento mais adequados, e na aplicação de medidas que venham a prevenir tais lesões, bem como antecipar e garantir recursos humanos, materiais e estruturais e a formação adequada de sua equipe

Ainda entre os cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em pacientes acamados o enfermeiro deve avaliar o tipo de colchão padrão do CTI, sendo esse capaz de promover a redistribuição da pressão (Prado *et al.,* 2021).

Conforme Rebouças (2021), no que diz respeito aos cuidados de enfermagem para evitar lesões de pressão em pacientes que estão deitados, é necessário realocar a pressão das áreas com ossos salientes através do uso de um colchão adequado para essa finalidade.

No que cerne aos obstáculos para a redução da incidência de LPP, Teixeira *et al*. (2022), afirmam que o tempo de permanência, a utilização dos dispositivos assistenciais como o cateter nasoenteral, cateter vesical de demora, traqueostomia, o uso de talas, aparelhos ortopédicos, tubos endotraqueais, cateteres para administração de oxigênio, meias de compressão, entre outros fatores e dispositivos assistenciais tiveram associação estatística com a ocorrência de LPP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo pôde-se observar que dentre os eventos adversos a que os pacientes críticos estão suscetíveis, destaca-se a ocorrência de lesões por pressão (LPP) e que a prevenção desse tipo de lesão é essencial para garantir a saúde e o bem-estar dos pacientes acamados.

Ademais, a LPP é uma causa evitável de dor e sofrimento para o paciente e de custos adicionais para o sistema de saúde. Portanto, a educação sobre os fatores de risco e medidas preventivas é essencial para todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes acamados.

Diferentes estudos abordam inúmeras condutas voltadas à prevenção de LPP. Dentre elas, deve ser ressaltada a atuação do enfermeiro no desenvolvimento de um cuidado individualizado e de avaliação contínua da pele do paciente até o desfecho da internação, além de ações como mudança de decúbito, utilização de materiais e equipamentos que redistribuem a pressão (coxins, colchões, proteção de calcâneo), manutenção do paciente seco e com a pele hidratada, somando-se a avaliação diária do risco de desenvolver LPP de todos os pacientes, por meio da Escala de Braden.

Apesar do conteúdo disponível não ser tão escasso, é necessário continuar estudando os fatores associados ao aparecimento de LPP em pacientes críticos, principalmente os relacionados ao uso de dispositivos assistenciais, uma vez que existe carência na literatura nacional sobre o assunto. Isso é importante não apenas para diminuir a incidência desse problema de enfermagem e ajudar os profissionais a implementarem evidências adequadas com base em estratégias de prevenção, mas também para desenvolver e testar modelos de avaliação de risco nessa população.

REFERÊNCIAS

[1] ALENCAR G. S. A. et al. Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos. **Rev. Nursing**, 2018;21(239):2124-28.

[2] ALMEIDA, A. R. F.; PEREIRA, M. M.; SILVA, C. O. et al. Efeitos da laserterapia de baixa intensidade na cicatrização de lesões por pressão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, e457111436700, 2022.

[3] ALMEIDA, F. et al. Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica acervo saúde**. Teresina-PI. 30, 1-9, 2019.

[4] ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde**, 2017

[5] AQUINO JÚNIOR, Antonio Eduardo de; CARBINATTO, Fernanda Manzano; COELHO, Vitória Helena Coelho; BAGNATO, Vanderlei Salvador. Feridas: um desafio para a saúde pública. **USP**, 2019.

[6] BARBOSA, I. E. B., et al. Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2021.

[7] BENETTI, J.; SANTOS, R. M. R.. Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão. **Revista Inesul**, v.6, n.3, p.1- 19, 2017

[8] BERNARDES, R. M. Recurso educacional sobre prevenção e manejo da Lesão Por Pressão. **USP**, 2018.

[9] BERNARDO, A. F. C.; SANTOS, K.; SILVA, D. P. Pele: alterações anatômicas e fisiológicas do nascimento à maturidade**. Revista Saúde em Foco**. Ed 11, 2019.

[10] BORGES, Neuza Therezinha; PADILHA, Janaina. Ações do cuidado realizadas pela equipe de enfermagem para prevenção das lesões por pressão em pacientes internados em uti: revisão integrativa da literatura. **Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto**. v. 9, n.2, p. 242 – 270, 2022

[11] CABRAL, João; VALSCONCELOS, Lukas; OLIVEIRA, Martha. Conhecimento dos enfermeiro e uso da escala de Braden em unidade de terapia intensa: análise da produção científica brasileira, v.26, n.1, p.7, 2020

[12] CAMPOI, A. L. M.; ENGEL, R. H.; ESTACCIARINI, T. S. G. et al. Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento. **Rev. Bras. Enferm**., v 72, n 6, 2019.

[13] CARVALHO, F. et al. Prevalência de lesão por pressão em pacientes internados em hospital privado do estado de Minas Gerais. ***Enferm. foco (Brasília)****; 10(4): 159-164, 2019.*

[14] CASTRO, A; Pereira, R; Franca, G. **Tratamento e prevenção de lesão por pressão em instituição de longa permanência para idosos**. Ipatinga-MG, 2017

[15] COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. Nacional:**Prevenção de Lesão por Pressão**, 2016

[16] CORREIA, A. DE S. B.; SANTOS, I. B. C. Lesão por Pressão: Medidas terapêuticas utilizadas por profissionais de enfermagem. Paraíba-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 23(1), 33-42, 2019.

[17] FAVRETO, F. J. L. et al. (2017) O Papel do Enfermeiro na Prevenção, Avaliação e Tratamento das Lesões por Pressão. RGS. v. 2, n. 17, p. 37-47, 2017

[18] FELISBERTO, M. P.; TAKASHI, M. H. Atuação do enfermeiro na prevenção e cuidado ao paciente com úlcera por pressão na unidade de terapia intensiva. **REVISA**. 11(1), 42-47, 2022.

[19] FERREIRA, M. M. F. Prevenção da Úlcera por Pressão Contributos da Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. **Escola Superior de Saúde**. 2019.

[20] GALVÃO, N. S. et al. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 70(3), 312-318, 2017.

[21] GOMES, A. P. R. S.; SOUZA, V. C.; ARAUJO, M. O. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **HU Rev**., v 45, n 1, p: 13-21, 2020.

[22] GOULARTE, P. N.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C. L. O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev. Psicol. Saúde**, v 12, n 1, p: 157-170, 2020.

[23] GUIDELINE, European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida.** (edição em português brasileiro). EmilyHaesler(Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf. Acesso em 15 out.22023.

[24] JANSEN, R. C. S., SILVA, K. B. DE A.; MOURA, M. E. S. A escala de Braden na avaliação de risco para Lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 73(6)1-7, 2020.

[25] JANSEN, Ricardo; SILVA, Kedyma; MOURA, Maria. **A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão**. Caxias, Maranhão,2020

[26] JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica** – Texto e Atlas. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

[27] KIM, J. H.; SHIN, H. K.; JUNG, G. Y.; LEE, D. L. A case of acute skin failure misdiagnosed as a pressure ulcer, leading to a legal dispute. **Archives of Plastic Surgery**, 46(01), 75-78, 2019.

[28] LIMA, C. C.; SANTOS, G. S.; MARTINS, G. A. S. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, e17912240097, 2023.

[29] MACHADO, E. R.; SOARES, N. V. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min**.; v 6, n 3, p: 2342-2348, 2016.

[30] MARTINS, T. A.; SILVA, M. C. **Lesão por pressão em pacientes acamados: uma revisão de literatura. Revista Enfermagem Integrada**, v. 13, n. 2, p. 278-287, 2020.

[31] MELGAREJO, C. R. V.; MASTROIANNI, P. C.; VARALLO, F. R. Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde [online]. São Paulo: Editora **UNESP**, 2019, 117 p. ISBN: 978-85-9546-337-0, 2019.

[32] MENDONÇA, P. K.; LOUREIRO, M. D. R.; FROTA, O. P. et al. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, v 27, n 4, 2018.

[33] MITTAG, B. F.; KRAUSE, T. C. C.; ROEHRS, H.; MEIER M. J.; et al.: Cuidados com Lesão de Pele:Ações da Enfermagem. **Revista Estima**, v. 15 n. 1, p: 19-25, 2017.

[34] NASCIMENTO, E. A.; LIMA, L. N. F.; PEREIRA, C. S. et al. As dificuldades da equipe de enfermagem frente à assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Development,** v.7, n.1, p. 17262-17272, 2021.

[35] NEIVA, M, et al. **Cuidados de enfermagem na prevenção às lesões por pressão em pacientes hospitalizados. BrazilianJournalofhealth Review**, Curitiba, 2019

[36] OTTO, C. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. Joinville-SC. **Revista Enferm. Foco**. 10(1), 07-11, 2019.

[37] OUCHI, J. D. et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias na saúde. **Revista saúde em foco**. Amparo-SP, (10), 412-428, 2018.

[38] PEREIRA, M. C. C.; CASTRO, S. F. .; BRITO, E. S. Saberes e práticas do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem**, UFPE on line, 2019.

[39] PM-SP. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Padronização de Curativos [online].** Cidade de São Paulo-SP, 2021. Disponível em https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf. Acesso em 15 de out.2023.

[40] PRADO, C. B. C.; MACHADO, E. A. S.; MENDES, K. D. S. et al. Superfícies de suporte para prevenção de lesão por pressão no intraoperatório: revisão sistemática com metanálise. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021.

[41] REBOUÇAS, Ruhama de Oliveira, et al. Qualidade da assistência em uma unidade de terapia intensiva para prevenção de lesão por pressão. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy,** v. 18, 2021.

[42] REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C. L. O. O. As repercussões do processo de internação em UTI Adulto na perspectiva de familiares. **Temas psicol**., v 24, n 3, p: 815-828. 2016.

[43] RODRIGUES, A. S. et al. Lesão por pressão em pacientes na unidade de terapia intensiva: Características, causas, fatores de risco e medidas preventivas. Maranhão-MA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 10, 991-996, 2018.

[44] SANTOS, Maristela Silva; Alves, Manuela Burke; Sousa, Isis Celeste; CALASANS Maria Thais. Conhecimento da enfermagem e ações realizadas acerca da prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp**., v 10, n 2, p:324-332. 2021.

[45] SAVIOLI, A. P. Incidência de lesões por pressão em pacientes de um centro de terapia intensiva: um estudo retrospectivo. **UFMG**, 2018.

[46] SCHMIDT, F. M. Q.; FIRMINO, F.; LENZA, M. F. B. e SANTOS, V. L. C. G.; Conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes com feridas neoplásicas. **Rev. Bras. Enferm**., v 73, n 1, 2020.

[47] SILVA, D. R. A., BEZERRA, S. M. G., COSTA, J. P. et al. Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 51, 2017.

[48] SILVA, K. V.; GOMES, A. M. A.; MAIA, M. A, Q. Conhecimentos e práticas de cuidados humanizados por equipe multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva-UTI coronariana. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021.

[49] SOUSA, T. R. Revisão integrativa sobre formação de recursos humanos para o SUS: o caso dos cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, 2009 a 2015. **UniBR**. 2016.

[50] STADLER, G. P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. **Enferm. Foco**. 109-114, 2019.

[51] TASSINARY, J. **Raciocínio clínico aplicado á estética facial**. Ed. Estética experts. 32-42 p. 2019.

[52] TEIXEIRA, Andreza de Oliveira; BRINATTI, Lídia Miranda; TOLEDO, Luana Vieira et al. Fatores associados à incidência de lesão por pressão em pacientes críticos: estudo de coorte. **Rev Bras Enferm.,** v 75, n 6, 2022.

Capítulo 8

De estagiário á enfermeiro: um relato de experiências sobre o estágio em enfermagem

Ângela Paula de Oliveira Silva
Mirelia Rodrigues de Araújo

Resumo: **Introdução**: Dentre os demais profissionais imprescindíveis na assistência em saúde é possível destacar que a atuação do enfermeiro neste contexto se mostra de grande relevância diante seus conhecimentos técnicos, bem como por sua prática específica quando se trata dos pacientes. A formação destes profissionais é um dos pontos de destaque em diversos aspectos, podendo-se ressaltar, entre outros fatores, a participação do acadêmico de enfermagem em programas de estágio, considerando tais momentos como uma possibilidade de prática dos conhecimentos teóricos aprendidos em sala de aula. **Objetivo**: Relatar a experiência de uma estudante de enfermagem durante o período de estágio obrigatório. **Método**: Observação direta ativa, na qual há interação com o objeto observado quando necessário, com participação nas atividades de assistência em saúde, bem como nas ações gerenciais e administrativas condizentes com a atuação em enfermagem. **Considerações Finais**: O estágio supervisionado em enfermagem se apresenta como de suma importância para colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos em salas de aula.

Descritores: enfermagem, estágio supervisionado, relato de experiência.

1. INTRODUÇÃO

A realização de estágio é reconhecida pelos acadêmicos, principalmente quando se trata de estudantes da área de saúde, uma vez que esta é considerada uma oportunidade de efetivar os conhecimentos aprendidos em sala de aula, com a possibilidade de praticar os saberes e identificar a realidade do campo profissional escolhido, sendo muitas vezes permeado de dúvidas, empolgação, ansiedade e curiosidade.

Segundo Gonçalves et al. (2020) a realização de estágio se apresenta como uma oportunidade devidamente reconhecida pela lei para que o estudante tenha contado com a realidade do seu campo de atuação futuro, o que fortalece suas práticas enquanto profissional. Moreira e Tonon (2021) acredita ainda que quando se trata da área da saúde, o estágio se configura ainda mais necessário diante a atuação frente a vidas humanas, o que é determinante diante a atuação do enfermeiro.

Neste sentido, é de suma importância que os futuros profissionais de enfermagem estejam devidamente habilitados, sendo crucial a execução de períodos de estágio, sejam estes obrigatórios ou extracurriculares, uma vez que estes momentos se mostram imprescindíveis para a formação do profissional, tanto pelo viés técnico quanto humanizado (Silva et al., 2019).

Este estudo se mostra relevante por apresentar a importância deste estágio sob a perspectiva do acadêmico de enfermagem, sendo pertinente sua execução justamente por possibilitar o reconhecimento do estudante acerca das nuances relacionadas ao estágio, identificando inclusive aspectos diferenciados dos apresentados nas bases teóricas da enfermagem prática.

Assim, tal pesquisa também se revela uma importante contribuição para a formação acadêmica de demais estudantes de enfermagem no que tange ao conhecimento acerca das possíveis realidades encontradas no decorrer de um futuro estágio, bem como motiva o constante aprimoramento das instituições acadêmicas e de estágios quanto a perspectiva dos acadêmicos.

Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de uma estudante de enfermagem durante o período de estágio obrigatório, comparando o conhecimento teórico adquirido em sala de aula com a realidade da prática profissional, tendo como objetivos específicos reconhecer o campo de estágio em enfermagem, apresentar as vivências em estágio em enfermagem, e apresentar o embasamento teórico destas atividades e experiência.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A realização de estágio obrigatório para a formação acadêmica de profissionais de saúde se apresenta como uma necessidade eminente a futura atuação dos mesmos, considerando que anterior a este momento, as bases que sustentam a qualificação destes é o conhecimento teórico que lhes é passado (Belém et al., 2018).

Quando se trata da área de assistência em saúde, Silva et al. (2019) afirma que a integração entre ensino e prática é ainda mais imperativa, uma vez que somente quando o acadêmico passa a relacionar a teoria com a prática é possível estabelecer atividades efetivas de cuidados, assistência, proteção, promoção e recuperação da saúde.

De acordo com Esteves et al. (2018) a legislação pertinente ao estágio se estabelece diante a necessidade de instaurar políticas públicas que buscassem integrar o ensino e o serviço de uma determinada área. A lei básica para sustento da importância do estágio como etapa

formativa de profissionais, Lei nº 11.788 de 2008 (Brasil, 2008), entende que programas de estágio.

> [...] devem promover a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares (Brasil, 2008).

Segundo Negreiros e Lima (2018) o estágio realizado durante o curso de enfermagem se apresenta como imprescindível em diversos aspectos, o que contribui de forma importante para a atuação do futuro profissional de enfermagem, servido como uma experiência enriquecedora para os acadêmicos.

Pascoal e Souza (2021) afirma ainda que a importância do cumprimento de estágios durante a formação acadêmica de estudantes de graduação em enfermagem é constatada e comprovada diante as determinações legais dos órgãos de controle e fiscalização da educação, bem como dos conselhos específicos da área, sendo necessário que o discente cumpra a carga horária mínima para que seja aprovado e então gradue.

Moreira e Tonon (2021) contribui no mesmo sentido ao esclarecer que o grau de exigência deste cumprimento é notado pela imposição quanto os pré-requisitos necessários para adentrar ao campo de estágio, ou seja, o acadêmico necessita de conhecimentos básicos para então executar tais atividades.

No que tange ao estágio em enfermagem de forma mais aprofundada:

> Em função das características descritas, o ECS apresenta-se como uma atividade acadêmica importante para a formação profissional do enfermeiro, pois colocam o enfermeirando –estudante da graduação em enfermagem que cursa o ECS -em contato direto com a rotina do trabalho, possibilitando o seu desenvolvimento conceitual e técnico, a consolidação de conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso e de forma direta contribui com a construção do perfil profissional do egresso (Ramos et al., 2018, p. 24).

A importância do cumprimento de estágio em enfermagem é apresentado por Esteves et al. (2018) diante as mais diversas contribuições do mesmo para a formação inicial deste profissional, destacando a execução dos ensinamentos teóricos de sala de aula, a possibilidade de reconhecer a realidade de atuação, o desenvolvimento de capacidades práticas de liderança e autonomia, a promoção da troca de saberes e experiências, busca por aperfeiçoamento profissional, tomada de consciência sobre a decisão pelo curso escolhido.

Em se tratando da possibilidade de colocar em prática os ensinamentos teóricos obtidos em sala de aula, Oliveira (2013) exemplifica que quando se trata de cursos da área de saúde é de suma importância que este aspecto seja considerado, uma vez que são tratadas as vidas dos pacientes. Junior et al. (2021) complementa que ao praticar a teoria aplicada em sala de aula é possível que o estudante tome conhecimento das ações efetivas diante uma questão prática, e não se prenda somente em procedimentos técnicos teóricos.

No que tange a possibilidade de reconhecer a realidade de atuação, Araújo et al. (2018) relata que desta forma é imperativo que o acadêmico tome ciência de como de fato é o espaço em que irá atuar após a graduação, uma vez que o ambiente acadêmico não

necessariamente o prepara para esta realidade. Lopes et al. (2021) afirma ainda que ao conhecer a real condição de trabalho em que irá atuar, o profissional de enfermagem inclusive pode optar por especializações que não necessariamente o destinem a estes espaços, ou ainda, pode servir como confirmação para desejos prévios de atuação.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de capacidades práticas de liderança e autonomia, o que Negreiros e Lima (2018) esclarece como sendo de suma importância para a atuação futura do profissional de enfermagem, uma vez que somente através do contato com a realidade do atendimento em saúde é possível que o futuro enfermeiro desenvolva estes requisitos. Desta forma é disposto ao estagiário elaborar ainda a conduta de tomada de decisão, o que pode ser seu diferencial na prática.

Quando se trata da possível troca de saberes e experiências, Silva et al. (2021) afirma que no ato do cumprimento do estágio em enfermagem o acadêmico passa a conviver entre seus pares, o que naturalmente fomenta o intercâmbio de conhecimentos bem como de vivências na área. Estes momentos de relação mais aproximada com aqueles que estão atuando na mesma função são valorosos principalmente pela possibilidade de amplitude da visão de mundo sobre a enfermagem, bem como pelo compartilhamento de outros saberes que não os acadêmicos em si.

Da mesma forma, a busca por aperfeiçoamento profissional se destaca neste cenário em razão da consciência sobre suas limitações enquanto acadêmico e a necessidade de maior qualificação do acadêmico. Outro ponto a ressaltar neste quesito é a identificação com uma determinada prática de enfermagem que anteriormente não era percebida em sua potencialidade, o que contribui portanto para um maior reconhecimento da possibilidade de atuação (Leitão et al., 2021).

Gomes et al. (2020, p. 101) esclarece como aspecto importante do estágio em enfermagem ao tratar da tomada de consciência sobre a decisão pelo curso escolhido, no qual muitos acadêmicos passam a enfrentar a realidade dos atendimentos em saúde e passam a questionar seus saberes, ofícios e qualificação, conforme:

> Neste momento também, são proporcionados sentimentos ambivalentes: sentem-se inseridos na profissão e ao mesmo tempo compartilham um sentimento de angústia frente aos desafios dessa nova etapa, como a receptividade dos profissionais do local de estágio, segurança quanto à realização dos procedimentos técnicos, insegurança quanto aos critérios de avaliação por qual passarão, entre outros fatores.

Silva et al. (2019) apresenta ainda como ponto de destaque no cumprimento de estágio em enfermagem, a possibilidade de identificação e conhecimento de todo o processo institucional que envolve o atendimento em saúde, com o reconhecimento da rotina diária, bem como dos procedimentos administrativos a serem executados. Esta realidade é defendida por Neves e Sanna (2019) como um enriquecimento paralelo ao acadêmico de enfermagem, uma vez que promove o conhecimento de fatores que não são ensinados de forma teórica mas que faz toda a diferença no momento da atuação do profissional.

Segundo Rios et al. (2023) é no estágio que o acadêmico de enfermagem se torna sujeito ativo do processo de ensino e aprendizagem, uma vez passa de ouvinte a contribuinte de sua produção, indo muitas vezes além do quesito de aprender na prática, mas também trabalhando seus conceitos e sentimentos pessoais em relação a sua profissão. Silva et al. (2019) complementa que ao se deparar com outros profissionais da área o acadêmico na

ocasião do estágio também passa a desenvolver o senso do trabalho em equipe, desenvolvendo outras habilidades que não as técnicas.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de caráter descritivo, tipificada como relato de experiência, em que a autora cumpriu estágio supervisionado extracurricular enquanto acadêmica finalista do curso de enfermagem, sendo executado em uma unidade de saúde localizada na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, no período de 08 de junho de 2022 até 30 de setembro de 2023, no horário matutino, de segunda a sexta-feira, supervisionado pela profissional de enfermagem que estivesse na escala de atendimento no dia.

A experiência relata se apresenta pelo estágio extracurricular em enfermagem que a autora realizou enquanto meio de obtenção de créditos para graduação no referido curso, sendo a oportunidade que uniu o atendimento a necessidade de obtenção de horas de estágio para a academia à prática de atividades em enfermagem.

A técnica adotada para o presente relato se deu pela observação direta ativa, na qual há interação com o objeto observado quando necessário, com participação nas atividades de assistência em saúde, bem como nas ações gerenciais e administrativas condizentes com a atuação em enfermagem. Não houve interferência do pesquisador relator junto ao objeto de estudo, porém o método adotado também contempla a aquisição de conhecimentos através de meios participativos ou não (Jung, 2004).

Os dados relatados foram registrados em diário de campo virtual, com a sistematização dos achados de forma a coletá-las em smartphone próprio, descrevendo a vivência do estágio, a rotina de atividades propostas, o andamento da unidade, entre outros. Nestes registros também são informadas observações particulares da autora diante as questões apresentadas, suas reflexões e a experiência como um todo (Weber, 2009).

Ressalta-se que a discussão do presente relato se fundamenta em estudos previamente realizados na área do estágio em enfermagem, assim como a Lei nº 11.788 (Brasil, 2008), a qual normatiza todas as especificações sobre estágio no Brasil, com a determinação em todos os níveis de ensino e qualificação profissional.

4. RELATO DA EXPERIÊNCIA

O presente relato de experiência dividiu-se em três etapas considerando os registros realizados pela autora, sendo estas a realidade da mesma nas atividades e vivências exploradas durante o cumprimento do estágio, e os saberes acumulados após a finalização do estágio.

É importante ressaltar que a Lei nº 11.788 (Brasil, 2008) determina a experiência de estágio como:

> ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

4.1. RELATO DA VIVÊNCIA NO CUMPRIMENTO DO ESTÁGIO

O estágio iniciou-se em 08 de junho de 2023, em uma instituição hospitalar com atendimento em várias escalas a pacientes com queixas de saúde, desde a urgência e emergência até atendimentos em Unidade de Terapia Intensiva, perpassando pelo atendimento clínico, observação e internações, além de triagem, medicação e serviços administrativos.

Em primeira instância, as atividades do estágio se constituíram de momentos de observação, o que perdurou no primeiro mês de estágio. Neste momento, as atividades se deram pela observação de todos os processos que demandavam os serviços de enfermagem, sendo o primeiro a triagem de pacientes que buscavam a unidade hospitalar, seguindo-se o atendimento as demandas clínicas, assim como casos de internação, evolução para cirurgia, atuação nos procedimentos de exames e práticas de atividades administrativas.

Silva et al. (2019) afirma que ao observar a atuação de profissionais de enfermagem o estagiário tem o primeiro contato com a realidade do local e da rotina dos serviços em saúde, o que é determinante tanto para a aquisição de conhecimentos, quanto pela tomada de atitude diante as questões apresentadas.

Na ocasião da triagem de pacientes que adentravam o hospital, as atividades observadas eram desenvolvidas primeiramente com a aferição de sinais vitais como pressão arterial e temperatura, bem como pesagem e medição de altura quando necessários nos casos específicos, sendo realizadas pela enfermeira responsável na escala e posteriormente repassada para a estagiária.

Assim, esta atividade demandou conhecimentos de ordem administrativa para preenchimento de prontuário advindo da recepção, com observância dos resultados dos equipamentos hospitalares. Em algumas ocasiões, os instrumentos automatizados não estavam em pleno funcionamento, o que demandou a utilização de equipamentos manuais, sendo este um desafio inicial, uma vez que a falta de experiência foi notada, sendo necessária observação detalhada para seguimento da atividade sob supervisão.

No que tange a triagem, Araújo e Neto (2023) explica que a atuação de estagiários se mostra imprescindível para que os mesmos desenvolvam habilidades em procedimentos que os mesmos tomaram conhecimento na graduação, porém não necessariamente puderam praticar, sendo importante principalmente para que o estudante possa entender quão necessário é compreender a medição dos parâmetros e a humanização do atendimento.

A atividade desenvolvida em seguida, após a devida observação, foi o acompanhamento e realização de exames, mais precisamente na coleta de material para o PCR para Covid, o qual é atribuição dos enfermeiros do local de estágio. Os conhecimentos teóricos adquiridos durante as aulas específicas facilitaram a execução das atividades, sendo

observado como desafio o manuseio dos equipamentos e a resistência dos pacientes, o que tornou-se mais fácil após a continuidade da prática.

A participação de estagiários supervisionados junto a realização de exames é apresentada por Sousa et al. (2021) como uma atividade importante por proporcionar a prática das orientações técnicas de coleta dos materiais para serem analisados, o que Rebouças e Morais (2023) complementa como sendo uma das atribuições inerentes ao fazer do enfermeiro e que nem sempre a academia proporciona.

O seguimento do fluxo de enfermagem no atendimento dos pacientes se dava pelo atendimento após as consultas com os médicos especialistas, nos quais os adoecidos buscam atendimentos no ponto de enfermagem, principalmente em razão da administração da medicação prescrita após a consulta.

Este foi o momento de grande aprendizado durante o estágio, uma vez que, após a observação, foi possível interagir com todos os procedimentos de enfermagem como o reconhecimento e preparo das medicações, manuseio e preparo dos pacientes, com realização de punções venosas, aplicação de injeções com as medicações, administração de soro e medicações, acompanhamento das reações dos pacientes, acompanhamento das indicações de medicações, e aferição de sinais vitais.

Nesta atividade, novamente os conhecimentos prévios e práticos de enfermagem foram colocados em questão, sendo necessária maior observação e acompanhamento por parte da supervisão, o que com o passar do tempo foi superado. Estas ações se mostraram de grande contribuição para a formação da relatora, uma vez que possibilitou o aprendizado da mesma, fomentando inclusive a facilidade no manejo de medicações e instrumentos, bem como da rotina da unidade de saúde.

Segundo Jardim et al. (2021) a principal tarefa de um enfermeiro na atenção em saúde no cenário hospitalar é o seguimento das orientações do clínico ou médico especialista que atendeu o paciente, o que é determinante para o aprendizado de futuros profissionais da área de saúde, como o estudante e estagiário de enfermagem. Costa e Custódio (2021) corrobora que exercer esta atividade é necessário para que o estagiário compreenda não somente as determinações médicas como melhor intervenção para o paciente, mas também que reconheças as diversas possibilidades de atuação.

Quando os pacientes evoluem para a necessidade de internação, seja como preparo para outros procedimentos, seja para a realização de cirurgias, estas atividades passaram a ser direcionadas neste sentido, sob supervisão. Tais atividades se davam pelo preparo do paciente em relação a internação, com a mudança e reforço de acessos, aferição de sinais vitais, preenchimento de prontuários, entre outros.

Tal experiência contribuiu para enfatizar a importância desses aprendizados em sala de aula, uma vez que diante dos desafios da prática em enfermagem se faz necessário um maior desempenho principalmente ao que refere o conhecimento acerca de possíveis intercorrências, bem como, estratégias para resolução desses casos.

Monteiro et al. (2020) indica que os estagiários que realizam acompanhamento dos casos de internações possuem maiores habilidades no trato com o paciente, sendo necessário que o mesmo desenvolva competências que auxiliem no tratamento, como por exemplo os protocolos de internação, bem como promove a atuação diante as intercorrências destes ambientes.

Quando se tratava do acompanhamento dos casos em que havia indicação cirúrgica, cabia ao profissional de enfermagem responsável e ao estagiário o devido preparo do paciente para encaminhamento ao centro cirúrgico, garantindo a segurança no momento do transporte em casos de necessidade.

O pós-cirúrgico também se mostrou campo de atuação da relatora, devidamente sob supervisão, com o monitoramento do estado do paciente em questão, administração de medicamentos, bem como aferição dos sinais contundentes à cirurgia realidade. Nestas atividades foram necessárias aplicações de técnicas aprendidas em sala de aula de forma teórica, e a prática sucessiva destes procedimentos possibilitou que a relatora tivesse contato com essa realidade e pudesse pôr em prática, bem como efetivar o aprendizado de técnicas.

Em relação a esta atribuição junto a casos cirúrgicos, Jardim (2021) esclarece que o nível de competência exigido a estagiários é ainda maior em razão do grau de complexidade dos casos, sendo necessário que os estudantes estejam devidamente preparados para tal atuação. Silva (2023) complementa que quando o estagiário atua neste cenário há uma maior interação com os casos mais graves, sendo uma oportunidade de aprender com estes.

Além dos casos condizentes com o centro cirúrgico, outros afazeres no estágio em tela se deram no preparo e acompanhamento de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), os quais apresentaram complicações de saúde em diversos níveis, sendo imprescindível o atendimento de enfermeiros, como o monitoramento dos sinais vitais, procedimentos de higiene, administração de medicamentos, entre outros.

De acordo com Matos et al. (2022) a atuação de estagiários junto a pacientes que se encontram em UTI se apresenta como uma das atribuições de maior destaque devido a complexidade dos casos que se encontram nesse setor, o que proporciona assim um aprendizado e prática igualmente complexo.

De igual forma, os procedimentos realizados nestas atividades se deram como desafiadores para a relatora, uma vez que foram necessários aprofundamentos de conhecimentos técnicos, bem como de identificação das limitações para uma futura locação.

Outras atividades realizadas no cumprimento deste estágio se deram pelo preenchimento e organização de documentos técnicos e administrativos, tanto para alta quanto para os casos de óbito. Tais ações decorreram de forma satisfatória na percepção da relatora, uma vez que demandam saberes adquiridos anteriormente em sala de aula na perspectiva teórica.

4.2. RELATO DOS CONHECIMENTOS E SENTIMENTOS ADQUIRIDOS APÓS O CUMPRIMENTO DO ESTÁGIO

O cumprimento do estágio supervisionado apresentado por este relato, ao qual se encerrou em setembro do corrente ano, possibilitou uma miscelânia de conhecimentos e sentimentos na relatora, sendo os primeiros relacionados diretamente a pouca qualificação prática no âmbito acadêmico e os aspectos emocionais da estudante.

No que tange aos conhecimentos adquiridos é possível relatar diversos momentos de qualificação profissional, principalmente na prática de procedimentos até então vistos somente no âmbito teórico, o que se mostra determinante na atuação futura da relatora,

servindo de incentivo para a continuidade dos estudos e o cumprimento de demais estágios.

Em relação aos sentimentos vivenciados no decorrer do estágio a relatora cita, entre os mais preponderantes, o sentimento de incompetência diante as necessidades impostas pelos casos, com pouco ou nenhum conhecimento dos procedimentos a serem adotados de forma prática, o que posteriormente foi revertido em satisfação nas atividades, após a tomada de conhecimento e consistência nas práticas.

As vivências relacionadas ao estágio em enfermagem são descritas por Júnior et al (2021) como aquelas que se mostram determinantes para a decisão de continuidade na profissão, uma vez que apresentam pontos a serem analisados que efetivamente geram identificação do estagiário com a profissão.

5. DISCUSSÃO

No decorrer da vivência do estágio relatado foram realizadas observações acerca das atividades executadas as quais podem e devem ser analisadas à luz da Lei nº 11.788 (Brasil, 2008), bem como autores que embasam a temática.

A primeira observância realizada se relacionou com o cumprimento da carga horária, sendo esta devidamente cumprida pelas preceptoras, cumprimento este que se estendeu satisfatoriamente ao determinado na legislação no que tange a redução de carga horária quando do período de avaliações acadêmicas. Sobre isto, Marta et al. (2020) explicam que se faz necessário que a carga horária de estágios seja cumprida de forma a atender não somente as necessidades do local mas principalmente as relacionadas ao aprendizado do estagiário, ou seja, devem ser respeitadas principalmente para a melhor experiência do estudante.

Outro ponto de destaque se deu pela fiscalização e monitoramento das atividades exercidas, tanto por um profissional da instituição acadêmica quanto no local de estágio, o que foi devidamente cumprido em razão da legislação vigente, principalmente no que tange a quantidade de estagiários por profissionais efetivos. Neste sentido, Magalhães, Nogueira e Castro (2019) afirmam que estes supervisores de estágio, para além da necessidade legal e administrativa de exercer suas funções, servem como base de conhecimento e expertise para os acadêmicos, uma vez que norteiam as atividades a serem exercidas, apresentam fundamentos teóricos e técnicos para tal, e corrigem possíveis falhas.

Em relação ao determinado pela Lei nº 11.788 (Brasil, 2008) foi observado que, no que tange ao termo de compromisso e a compatibilidade das atividades devidamente estipuladas, não foram efetivamente seguidas essas atividades compromissadas no referido termo, tendo em vista que não foi possível a realização de práticas entre os mais diversos setores, devido ao curto período de tempo e espaço das instituições. Tal situação é apresentada por Lima e Filho (2019) como um complicador da execução de estágio, uma vez que ao abranger atividades que não estão devidamente estipuladas no plano de estágio, tanto o estagiário quanto os responsáveis pelo mesmo se tornam vulneráveis, com riscos de incorrer em ilegalidades.

Ao que se refere a comunicação das atividades avaliativas por parte da instituição de ensino, estas apresentaram como ponto divergente ao que é estipulado pela legislação uma vez que tais questões foram apresentadas para a perceptora pela própria estagiária

as vésperas do período de avaliações, nos quais os conteúdos previstos não eram bem esclarecidos. Carvalho (2013) afirma que quando não são obedecidas as normatizações da legislação referente ao estágio é notado que o estagiário passa a ser prejudicado em seus direitos, como por exemplo a redução de carga horária em período de avaliação.

Sobre as experiências efetivamente relacionadas a enfermagem é possível descrever que tais atividades se apresentaram como oportunidades de praticar os conhecimentos acadêmicos, tendo em vista que, o estágio não apenas auxilia na integração entre teoria e prática, mas também na construção de habilidades e posturas essenciais para a atuação profissional futura. Além disso, prepara o estagiário para lidar com situações inesperadas no atendimento ao paciente, que muitas vezes não são abordadas nos livros, como desdobramentos inesperados (Pascoal; De Souza, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estágio relatado se mostrou de grande valia para o aprimoramento profissional da estagiária e relatora, uma vez que possibilitou exercer suas habilidades e conhecimentos no local efetivo de prestação de serviços em saúde. Também se mostrou notável a contribuição deste estágio para que sejam aperfeiçoados qualificações e limites da mesma, como por exemplo a atuação em áreas específicas de hospitais.

Com base nos dados apresentados é possível perceber que a atuação durante o estágio pode resultar em impactos positivos na comunidade e na promoção da saúde do indivíduo. Além de ser também uma oportunidade de descobrir e explorar áreas específicas dentro da profissão, auxiliando o estagiário a se especializar naquela que mais lhe interessa.

Tendo em vista estes fatores, é evidente que a formação do discente em enfermagem deve ser concretizada além das atividades teóricas exigidas no Plano Pedagógico, sendo então essencial que haja o aperfeiçoamento das atividades práticas de modo a contribuir para a vivência do contexto no campo de trabalho da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

[1] ARAÚJO, Marta Maria Leite et al. Processo de ensino-aprendizagem de enfermagem: reflexões de docentes sobre o estágio curricular supervisionado. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

[2] ARAUJO, Raissa; NETO, José. Ações de enfermagem na triagem e pós-operatório de pacientes portadores de catarata senil. (Enfermagem). **Repositório Institucional**, v. 1, n. 1, 2023.

[3] BELÉM, Jameson Moreira et al. Avaliação da aprendizagem no estágio supervisionado de enfermagem em saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 849-867, 2018.

[4] BRASIL. **Lei nº 11.788.** Trata sobre a regulamentação sobre estágio. Casa Civil: Brasil, 2008.

[5] CARVALHO, Catia Luciane. A importância da organização dos estágios curriculares na formação dos técnicos em enfermagem. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 1, n. 1, 2013.

[6] COSTA, Maiara Luci Silva; CUSTÓDIO, Igor Ferreira Balbino. A importância do estágio curricular na formação do enfermeiro. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 1, n. 1, p. e28492-e28492, 2021.

[7] GONÇALVES, Schir et al. Estágio curricular supervisionado em enfermagem durante a pandemia de Coronavírus: experiências na atenção básica. **Journal of Nursing & Health**, v. 10, n. 4, 2020.

[8] ESTEVES, Larissa Sapucaia Ferreira et al. O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1740-1750, 2018.

[9] GOMES, Gleizy Kellen Macedo et al. Perspectiva de acadêmicos de enfermagem diante dos estágios supervisionados. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 10, n. edespenf, p. 99-104, 2020.

[10] JARDIM, Suellen Hoffmann et al. Contribuições das práticas e estágios no curso de enfermagem para a formação acadêmica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6172-e6172, 2021.

[11] JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia para pesquisa e desenvolvimento: aplicada a novas tecnologias, produtos e processos**. Axcel Books, 2004.

[12] JÚNIOR, Adilson Mendes et al. Sentimentos e vivências dos profissionais da enfermagem no combate ao coronavírus. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 9, p. e6294-e6294, 2021.

[13] LEITÃO, Kassya Rosete Silva et al. Estágio supervisionado de enfermagem em pediatria no contexto da COVID-19: impactos e limitações. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. 4, p. e198-e198, 2021.

[14] LIMA, Marcelo Ricardo Mello Loureiro; MARINHO FILHO, João Firmino. Um olhar sobre a aplicação da nova lei do estagiário–LEI Nº 11.788/08. **RACE-Revista de Administração do Cesmac**, v. 5, p. 344-360, 2019.

[15] LOPES, Thaís Chiarello et al. Perspectiva de acadêmicos de Enfermagem durante estágio supervisionado em uma ESF: Relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 818-823, 2021.

[16] MAGALHÃES, Lucas Bernardo; NOGUEIRA, Michely Aparecida Santos; DE CASTRO, Oyara. Percepção do acadêmico de enfermagem sobre as dificuldades do ensino clínico no centro cirúrgico. **Anais Eletrônicos de Iniciação Científica**, v. 3, n. 1, 2019.

[17] MARTA, Cristiano Bertolossi et al. Telemonitoramento: análise da percepção dos acadêmicos de enfermagem frente à pandemia da COVID-19. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 3, p. e52-e52, 2020.

[18] MATOS, Sergio et al. Ensino e Prática numa UTI Adulta: Vivências em um Ambiente de Estágio da Enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e30511931749-e30511931749, 2022.

[19] MONTEIRO, Carlos Eduardo Bezerra et al. Vivências e Experiências no Estágio Curricular Supervisionado na Atenção Básica no interior do Amazonas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 202-208, 2020.

[20] MOREIRA, Cristiane; TONON, Thiarles Cristian Aparecido. Desafios de estudantes concluintes do curso de bacharelado em enfermagem, diante do estágio supervisionado e a pandemia da Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e25710716640-e25710716640, 2021.

[21] NEGREIROS, Rosângela Vidal; DE LIMA, Vanessa Cristine Batista. Importância do estágio supervisionado para o acadêmico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 2, 2018.

[22] NEVES, Ana Lúcia Domingues; SANNA, Maria Cristina. Ensino da comunicação administrativa nos cursos de graduação em enfermagem da região sudeste do Brasil. **Hist. enferm., Rev. eletronica**, p. 31-43, 2019.

[23] OLIVEIRA, Ana Cristina et al. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre ação da testagem para COVID-19 durante o estágio supervisionado. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 1, p. 95-102, 2023.

[24] PASCOAL, Matheus Mendes; DE SOUZA, Vanieli. A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 6, p. 536-553, 2021.

[25] RAMOS, Tierle Kosloski et al. Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, 2018.

[26] REBOUÇAS, Bárbara Stephany Arão; MORAIS, Huana Carolina Cândido. A sistematização da assistência de enfermagem no cuidado a idosos em processo de hospitalização: relato de experiência. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 3, p. 1168-1174, 2023.

[27] RIOS, Mônica Oliveira et al. Impactos das vivências durante o estágio supervisionado em uma unidade de saúde da família no contexto de pandemia pela COVID-19. **Research, Society and**

Development, v. 12, n. 4, p. e27812441275-e27812441275, 2023.

[28] SILVA, Antonia Natielli Costa et al. Estágio extracurricular de enfermagem: estratégia para a formação profissional. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 4, 2019.

[29] SILVA, George Oliveira et al. Estágio Curricular Supervisionado em autarquia profissional: contribuições para a formação em Enfermagem. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 6, 2019.

[30] SILVA, Livia Maria et al. Estágio curricular supervisionado: dificuldades e perspectivas vivenciadas por acadêmicos de enfermagem. **Revista eletrônica acervo Saúde**, n. 18, p. e662-e662, 2019.

[31] SILVA, Samira Rodrigo et al. Revisão integrativa: Uso da simulação realística como metodologia ativa no ensino da enfermagem perioperatória. **Seven Editora**, 2023.

[32] SILVA, Valentina Barbosa da et al. Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

[33] SOUSA, Francisco Willian Melo et al. Estágio curricular em saúde materno-infantil: reflexões de acadêmicos de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 1, 2021.

[34] WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. **Horizontes antropológicos**, v. 15, p. 157-170, 2009.

Capítulo 9

Hipovitaminose D em pacientes geriátricos

Patrícia Bortoluzi
Carine Viana Silva
Patrícia Dutra Sauzem

Resumo: A hipovitaminose D é um desafio entre a população geriátrica, sendo considerada uma epidemia oculta e um problema de saúde pública global. A deficiência de vitamina D, prevalente em cerca de 90% dos idosos, é agravada pelo processo natural de envelhecimento, bem como pela exposição limitada ao sol e pela baixa ingestão alimentar. A vitamina D, essencial para o funcionamento do organismo, é obtida tanto pela exposição solar quanto pela alimentação, mas a sua absorção é limitada.

No Brasil, mesmo com sua exposição solar abundante, há um número alarmante de idosos com níveis abaixo do recomendado. Surpreendentemente, a radiação solar não é suficiente para garantir níveis adequados de vitamina D, especialmente em idosos, cuja capacidade de síntese cutânea é limitada. Esta vitamina desempenha um papel crucial na regulação do cálcio, do fósforo e do paratormônio, afetando diretamente a saúde óssea. Os seus níveis insuficientes no organismo estão associados a uma série de doenças não esqueléticas, como diabetes, doenças autoimunes e até mesmo transtornos neurodegenerativos como demência e doença de Parkinson. A sarcopenia, comum entre os idosos, pode ser agravada pela deficiência de vitamina D, afetando a função neuromuscular e aumentando o risco de quedas e fraturas.

O tratamento da hipovitaminose D em pacientes geriátricos é crucial para prevenir complicações de saúde. Colecalciferol, a forma mais prescrita, é administrado oralmente em comprimidos, cápsulas gelatinosas ou gotas, oferecendo flexibilidade posológica e eficácia. A suplementação inicial envolve doses semanais de 50.000 UI, seguidas por doses de manutenção diárias ou semanais. O objetivo do tratamento é manter os níveis sanguíneos entre 30 e 60 ng/mL, sendo que o monitoramento regular é essencial para ajustar as doses. A relação entre vitamina D e função renal é fundamental, uma vez que o rim desempenha um papel vital na ativação da vitamina D. Desta forma, idosos com função renal comprometida podem requerer suplementação específica com calcitriol, a forma ativa da vitamina D, via oral ou paricalcitol venoso.

Em suma, a hipovitaminose D representa um desafio significativo para a saúde dos idosos, com impactos não apenas na saúde óssea, mas também em uma variedade de sistemas e condições de saúde. A conscientização, o monitoramento e a suplementação adequada são essenciais para mitigar esses efeitos adversos e promover o bem-estar geral dessa população vulnerável.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento populacional, paralelo à queda na taxa de fecundidade, faz com que ocorra a inversão da pirâmide etária e uma transição epidemiológica, ocasionando novos desafios para os sistemas de saúde. Considera-se idoso, no Brasil, a pessoa que possui idade igual ou superior a 60 anos, sendo que nesse período já se consegue observar diminuição das funções biológicas, fisiológicas e psicológicas, com comprometimento gradual da saúde física e mental (Brasil, 2006; Gonçalves; Coelho; Sousa, 2021; Maia et al., 2020).

Um idoso robusto, independente da presença ou não de comorbidades, tem capacidade de controlar e organizar a sua própria vida e as atividades diárias com autonomia, apresenta baixo risco clínico-funcional e maior prevalência de ausência de comprometimento da cognição ou sintomas depressivos (Maia et al., 2020). Já os frágeis são aqueles que apresentam redução excessiva da habilidade funcional e demonstram através de sinais e sintomas como anorexia, redução da força muscular, osteopenia, fadiga e alterações no equilíbrio e marcha (Gonçalves; Coelho; Sousa, 2021).

O envelhecimento traz consigo modificações no organismo que atingem os indivíduos de forma variável. São alterações cardiovasculares, gastrointestinais e cerebrais que estão relacionadas a agentes como condições socioeconômicas, estilo de vida, ambiente familiar e doenças crônicas. Patologias como o Parkinson, Alzheimer, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, câncer, sarcopenia e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são alguns exemplos de problemas de saúde que chegam juntamente com a idade (Augusto et al., 2022; Cruz; Figueiredo, 2020).

O processo de envelhecimento é dinâmico, gradativo e irreversível, sendo caracterizado também pelo aparecimento de outras barreiras, que englobam a perda da função e aumento da dependência, com diminuição da acuidade visual e auditiva, limitações ou redução de habilidades, com declínio da coordenação motora e déficit cognitivo, assim como o surgimento de obstáculos referentes à realização de todas as atividades específicas da vida diária (Cruz; Figueiredo, 2020).

O consumo de nutrientes e vitaminas é capaz de ampliar a longevidade, retardar o envelhecimento precoce e diminuir as doenças crônicas não transmissíveis (AUGUSTO et al., 2022). Calcula-se que, mundialmente, 1 bilhão de pessoas manifestem deficiência ou insuficiência de vitamina D (Cabral, 2015). Há uma estimativa de que entre a população mundial, 37 % estaria com os níveis de vitamina D abaixo de 20 ng/mL e que até 6,7 % apresentaria um valor inferior a 10 ng/mL (Henríquez; Romero, 2020).

Sabe-se que envelhecer é um fator de risco para a hipovitaminose D (Feltrin et al., 2019), com cerca de 90 % dos idosos apresentando deficiência dessa vitamina (Francisco et al., 2023), sendo que o déficit é hoje considerado um problema de saúde pública no mundo, classificado também como uma epidemia oculta (Alves et al., 2021; Diniz; Farias; Sousa, 2021; Gutiérrez; Quintana, 2022).

A vitamina D é imprescindível para o funcionamento do organismo humano, sendo um fator que pode ser modificado através de intervenções, destacando a pertinência do monitoramento de suas taxas e da prática de hábitos saudáveis, como a exposição responsável ao sol. Por ser um país tropical e ensolarado, antigamente, no Brasil, acreditava-se quase não existir deficiência de vitamina D. No entanto, é alarmante o elevado número de idosos apresentando níveis sanguíneos abaixo do limite mínimo de referência (Rolizola et al., 2022; Santos; Bessa; Xavier, 2020; Valle et al., 2021). Dessa

forma, verifica-se que apenas a radiação solar não basta para fornecer ao organismo um nível adequado de vitamina D (Dzoljic et al., 2023).

A evidência de que quase todas as células e tecidos do corpo apresentam receptores para a vitamina D, e que vários deles detêm capacidade de transformá-la na forma ativa, mostra perspectivas positivas frente às funções desse hormônio (CABRAL, 2015). Paralelamente a isso, há o descobrimento de várias patologias que estão relacionadas à deficiência de tal nutriente, salientando a importância que a mensuração desta vitamina tem na prática clínica (CÂMARA et al., 2021). Ademais, os idosos fazem parte de um dos mais relevantes grupos que apresentam risco em relação à deficiência da vitamina D (Rolizola et al., 2022.

2. CARACTERÍSTICAS DA VITAMINA D

A vitamina D é um hormônio lipossolúvel e esteroide, captado através da alimentação como forma alternativa, sendo absorvida principalmente no jejuno e no íleo, e também obtido através da síntese cutânea após a exposição solar, o que representa a formação endógena (Cruz; Figueiredo, 2020; Galyean et al., 2021). A vitamina D3 produzida na pele é biologicamente inativa e precisa ser hidroxilada para tornar-se eficaz (Francisco, et al., 2023).

A dieta permite a retirada de 10 a 20 % de vitamina D3 - colecalciferol presente em alimentos de origem animal (carnes, peixes e frutos do mar - salmão, atum, óleo de fígado de bacalhau) e de vitamina D2 - ergocalciferol existente em alimentos de origem vegetal, como fungos comestíveis (Bronzeado; Tavares, 2019). No entanto, cerca de 80 % da vitamina D oriunda da alimentação não é absorvida (Câmara et al., 2021). Para que o colecalciferol e o ergocalciferol sejam fixados no epitélio intestinal, é preciso da síntese de micelas originadas da conjugação com os sais biliares (Takahashi et al., 2021).

Através do contato da radiação ultravioleta B com a pele, nos comprimentos de onda entre 290 e 315 nm, o 7-dehidrocolesterol, existente na epiderme, é então transformado em pré-vitamina D3 (pré-calciferol) e posteriormente em vitamina D3 (colecalciferol). Por meio da circulação sanguínea, o colecalciferol chega ao fígado onde é hidroxilado em 25-hidroxivitamina D (calcidiol), que é a principal forma circulante da vitamina e também a principal forma de armazenamento no organismo. Para tornar-se ativo o metabólito é encaminhado aos rins, onde é modificado para calcitriol [1,25(OH)2D] e então poderá realizar suas ações nos vários tecidos do organismo (Bronzeado; Tavares, 2019; Feltrin et al., 2019).

Entre a administração da vitamina D e o começo de sua atividade, é preciso um intervalo entre 10 a 24 horas, para que ocorra a síntese desses metabólitos ativos (Câmara et al., 2021). Salienta-se, ainda, que o melhor horário para captação dos raios solares é entre 10 e 15 horas, pois fora desse intervalo a radiação UVB sofre absorção pelo ozônio e abrandamento de sua ação por dispersão atmosférica. Sugere-se tomar sol por um período entre 5 a 15 minutos, três vezes na semana, com exposição de 25 % do corpo (braços e pernas). Vale lembrar que a capacidade de síntese cutânea nos idosos é exageradamente limitada, representando em torno de 25 % da capacidade de um jovem adulto (Rolizola et al., 2022; Takahashi et al., 2021).

A expressão vitamina D está relacionada ao grupo de moléculas oriundas do 7-deidrocolesterol (7-DCH), designação que compreende tanto o metabólito ativo (1α,25(OH)2D ou calcitriol), assim como seus precursores (vitamina D3 ou vitamina D2 e o calcidiol), além dos produtos de degradação que ainda podem exercer determinada ação

metabólica (Bronzeado; Tavares, 2019; Feltrin et al., 2019). Também pode ser obtida por suplementação oral de vitamina D2 (ergocalciferol) e D3 (colecalciferol) (Feltrin et al., 2019).

3. A VITAMINA D E A RELAÇÃO COM O CÁLCIO, O FÓSFORO E O PARATORMÔNIO

A vitamina D é primordial para o organismo, pois mantém a homeostase do cálcio, aumentando sua absorção no intestino em até 40 % e participando da estimulação do transporte ativo do mesmo nas células intestinais. Regula também a síntese e secreção de paratormônio, pois ao se ligar em seu receptor nas paratireoides reduz a liberação de paratormônio e aumenta a reabsorção de cálcio. Baixos níveis séricos de vitamina D ocasionam uma absorção intestinal insuficiente de cálcio pelos enterócitos, e a alteração do cálcio circulante logo é notada pelos sensores do eletrólito nas paratireoides e como consequência aumentam a síntese do paratormônio, que retira o mineral dos ossos a fim de manter os níveis sanguíneos de cálcio dentro da normalidade, podendo levar ao hiperparatireoidismo secundário (Cabral, 2015; Cruz; Figueiredo, 2020; Feltrin et al., 2019; Diniz; Farias; Sousa, 2021). Ao mobilizar o cálcio dos ossos, o paratormônio aumenta a excreção urinária de fósforo e consequentemente a diminuição da mineralização óssea (Cabral, 2015).

Assim, níveis ideais de cálcio incentivam a degradação do paratormônio dentro da paratireoide, ao contrário da hipocalcemia que resulta em aumento do hormônio na glândula (Tavares, et al., 2022). Tal hormônio, retira cálcio dos ossos e afeta o metabolismo ósseo através da reabsorção, pois ativa de forma indireta os osteoclastos que reabsorvem a matriz óssea, regeneram e remodelam o tecido ósseo, resultando em osteopenia ou osteoporose, especialmente em idosos (Ferlon; Santos, 2021; Silva; Batalha, 2021).

Já o uso constante do paratormônio leva à recomposição da massa óssea, aumentando a densidade mineral, melhorando a microarquitetura óssea e reduzindo o risco de fraturas, realizando função oposta ao seu efeito fisiológico. No entanto, a segurança e eficácia dele foi estudada para o uso máximo de dois anos, assim como também não pode ser considerado para tratamento aos pacientes com hiperparatireoidismo e hipercalcemia. Ele apenas deve ser prescrito quando já foram saturadas outras alternativas terapêuticas, como por exemplo o uso do medicamento alendronato de sódio (Ferlon; Santos, 2021).

A osteoporose é caracterizada como uma desordem osteometabólica de origem multifatorial, definida pela redução da densidade mineral óssea, o que aumenta as chances de fraturas na população acima de 60 anos. Esse problema de saúde é subdividido em dois grupos: primário e secundário. O primário classifica-se em tipo I, que acontece na pós-menopausa pela perda óssea de maneira exageradamente rápida e em tipo II ou senil, que ocorre devido ao envelhecimento, por desequilíbrio do cálcio na corrente sanguínea, o que faz aumentar a secreção e atividade do paratormônio (Ferlon; Santos, 2021). Por sua vez, o uso demasiado de medicamentos como os glicocorticoides que possuem capacidade de elevar a reabsorção óssea e prejudicar a maturação dos osteoblastos, proporcionam perda de densidade óssea, sendo considerado uma causa importante da osteoporose secundária (Canuto et al., 2023).

As fraturas derivadas da osteoporose geram elevados custos financeiros, valores que se assemelham aos tratamentos das doenças cardiovasculares. Um estudo que analisou o teor de vitamina D em pacientes com fraturas, detectou hipovitaminose D prevalente

entre 40 % e 100 % das ocorrências. Isso reforça a importância da quantificação da vitamina D e posterior suplementação para evitar problemas de saúde e sofrimentos futuros (Valle et al., 2021).

Além de atuar na mineralização óssea, a vitamina D também é capaz de elevar a absorção de fósforo no intestino em até 80 % e atuar na diferenciação e proliferação celular, influenciando em receptores situados nos rins, tecido ósseo, paratireoides, intestino, coração, cérebro, células do tecido imunológico e pele (Cruz; Figueiredo, 2020; Feltrin et al., 2019; Diniz; Farias; Sousa, 2021).

4. A VITAMINA D E A FUNÇÃO RENAL

O rim é o principal órgão do núcleo vitamina D/cálcio/fósforo/paratormônio, pois nos túbulos distais a vitamina D atua alinhando a expressão de proteínas transportadoras de cálcio, estimulando a reabsorção do mesmo e nos túbulos proximais regula o fosfato. A vitamina D representa uma barreira contra a proliferação das células da paratireoide, uma vez que proporciona a reabsorção de cálcio no intestino. Já o fosfato elevado, aumenta a transcrição do gene paratormônio e reduz a produção de 1,25(OH)2D nos rins (Tavares, et al., 2022).

A função renal prejudicada acarreta o comprometimento de outros sistemas, como altos níveis sanguíneos de paratormônio, retenção de fósforo e um possível aumento se suas taxas, baixos valores séricos de cálcio e déficit de ativação da vitamina D. Isso demonstra a importância dos rins no metabolismo mineral (Tavares, et al., 2022).

Idosos que apresentam taxa de filtração glomerular acima de 30 mL/min, que não apresentam hiperparatireoidismo nem elevados níveis séricos de fósforo, podem suplementar vitamina D da mesma maneira que idosos com a função renal normal. Enquanto que aqueles que possuem taxa de filtração glomerular abaixo de 30 mL/min, não conseguem produzir a forma ativa da vitamina D por supressão da enzima α-1-hidroxilase. Nestes casos, a indicação é suplementar de 0,25 a 1mcg de calcitriol via oral duas vezes ao dia, 1-2mcg de paricalcitol venoso uma vez a cada três dias ou 0,04 - 0,1mcg/kg venoso todos os dias (Cabral, 2015).

5. CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE VITAMINA D NO ORGANISMO DO IDOSO

A deficiência de vitamina D deixa o organismo suscetível a vários distúrbios não esqueléticos; complicações endócrino-metabólicas, como diminuição da secreção da insulina, resistência insulínica e diabetes mellitus tipo II; doenças autoimunes; além de propiciar um elevado risco cardiovascular. Pode estar relacionada ainda a maiores chances de neoplasia de cólon e próstata, pois participa da regulação dos processos de diferenciação e multiplicação celular. Patologias como esquizofrenia, Alzheimer e infecções também estão atreladas à hipovitaminose D, que prejudicam a qualidade de vida da população idosa e proporcionam elevados custos financeiros tanto para as famílias quanto para a saúde pública (Alves et al., 2021; Diniz; Farias; Sousa, 2021; Francisco, et al., 2023; Rolizola et al., 2022; Takahashi et al., 2021).

A suplementação de vitamina D e a gestão da glicose sérica em pacientes idosos diabéticos depende de características como a população que recebeu a intervenção, a dosagem administrada e a duração do tratamento (HU et al., 2023). Uma pesquisa mostrou que as vantagens do uso da vitamina D na diminuição do risco cardiovascular em idosos

diabéticos englobam redução dos níveis de paratormônio e triglicerídeos, atenuação na rigidez arterial e na formação de células espumosas ateroscleróticas, além de maior controle glicêmico. Porém, salienta-se a necessidade de mais estudos a fim de contemplar as doses a serem utilizadas e os mecanismos de ação relacionados ao uso da suplementação de vitamina D na redução do risco cardiovascular nessa parcela da população (Alves et al., 2021).

A insuficiência da vitamina D também está relacionada a casos de obesidade, uma vez que a mesma atua nos processos de formação e diferenciação de células adiposas. Além disso, o sobrepeso e a obesidade estão ligados à hipovitaminose, pois resultam em depósito da vitamina D no tecido adiposo, causando diminuição da biodisponibilidade da mesma (Bronzeado; Tavares, 2019; Galyean et al., 2021; Monção; Gonçalves; De Brito, 2021; Rolizola et al., 2022).

A baixa concentração de vitamina D pode ser um potencial fator de risco de se desenvolver demência. Pesquisa brasileira realizada em 2020, detectou que a cada aumento de uma unidade de vitamina D (ng/mL) houve uma redução de 8% na prevalência do diagnóstico de demência, confirmando outras investigações experimentais que apontam que os níveis reduzidos de vitamina D são capazes de interceder processos neurodegenerativos que estão relacionados à demência (Santos; Bessa; Xavier, 2020). Tem-se conhecimento que o receptor para vitamina D (VDR, do inglês *Vitamin D Receptor*) existe em órgãos e tecidos que não têm atividade interligada com a fisiologia óssea, como é o caso do sistema nervoso central (Takahashi et al., 2021).

Sabe-se também que a deficiência de vitamina D está relacionada à doença de Parkinson, sendo confirmado por vários estudos já realizados (DZOLJIC et al., 2023). Um grupo de pesquisadores japoneses demonstrou que a suplementação da vitamina D ocasionou um retardo no desenvolvimento da doença de Parkinson (Henríquez; Romero, 2020).

No cérebro, a vitamina D está ligada a neurotransmissão, neuroproteção, controle de estresse oxidativo, envolvendo também atribuições nas funções de memória e aprendizagem. Um possível mecanismo na ação neuroprotetora é o estímulo à formação de glutationa no cérebro, inibição da síntese de óxido nítrico e produção de efeitos imunomoduladores, além de aprimorar a composição de muitos fatores de crescimento nas células cerebrais (Dzoljic et al., 2023; Santos; Bessa; Xavier, 2020).

A hipovitaminose D está associada ao aumento dos índices de transtornos depressivos, pois os baixos níveis desta vitamina podem reduzir a quantidade de serotonina, uma vez que os receptores e as enzimas metabolizadoras da vitamina D auxiliam na elevação das taxas de serotonina no cérebro (Silva et al., 2021). Estudo realizado em 2018, demonstrou que a suplementação desse nutriente apresenta benefícios em relação aos sintomas depressivos, evidenciados através de escalas psiquiátricas validadas (Henríquez; Romero, 2020). Em idosos isso é um fator agravante para essa patologia, pois as mudanças na rotina, a chegada da aposentadoria e a diminuição das tarefas diárias, assim como a perda de autonomia de muitos deles, juntamente com as alterações biológicas que acontecem com a idade, já contribuem para a ocorrência de tal distúrbio.

A deficiência da vitamina D também está relacionada à várias doenças autoimunes, pois age tanto na resposta imunológica inata, por meio da diferenciação e regulação de células, quanto na adquirida, assim como na produção de antibióticos naturais nas células do sistema imunológico e interleucinas. A vitamina em questão ativa e regula a diferenciação de linfócitos CD4, elevando o número de células T reguladoras; bloqueia a diferenciação de monócitos em células dendríticas, reduzindo determinadas citocinas. Dentre as

patologias autoimunes pode-se citar: artrite reumatoide, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico e doença inflamatória intestinal (Alves et al., 2021; (Takahashi et al., 2021).

Em pacientes acometidos por lúpus, pode ocorrer a nefrite lúpica, prejudicando os rins e consequentemente a hidroxilação da vitamina D, além do fato desses pacientes serem orientados a não se exporem ao sol devido a referida doença. É amplamente discutido que a vitamina D também atua em diferentes processos metabólicos, evidenciando mais um motivo para estar relacionada a várias patologias autoimunes (Câmara et a., 2021). Na esclerose múltipla, este nutriente contribui interferindo na cascata inflamatória que causa a desmielinização, processo responsável pelo aparecimento dos sintomas da doença. Assim, a vitamina D atua no controle do avanço da patologia em questão (Takahashi et al., 2021).

Indivíduos com a idade avançada apresentam diminuição da espessura da pele, reduzida absorção gastrointestinal, queda da atividade da 1α-hidroxilase renal, assim como fazem uso de medicamentos que podem proporcionar alteração na absorção e metabolismo da vitamina D, estando mais vulneráveis à redução dos níveis séricos. Ademais, fatores ambientais, hormonais e genéticos também contribuem para a redução das taxas sanguíneas da referida vitamina. Assim, a reposição por suplementação é um caminho muito utilizado para o equilíbrio da mesma a nível sanguíneo (Cruz; Figueiredo, 2020; Feltrin et al., 2019; Pereira et al. 2020).

A escassez de vitamina D no corpo, seja pela baixa ingestão alimentar ou pela diminuição da irradiação ultravioleta da pele, juntamente com a inatividade física que muitas vezes os idosos se encontram, pode gerar fraqueza e redução muscular. Também é preciso considerar que muitas vezes os idosos não se expõem ao sol para evitar o risco de câncer de pele e queimaduras, uma vez que a pele dessa população se torna sensível e suscetível a feridas e outros transtornos que a radiação solar pode causar. E mesmo com a alimentação rica em vitamina D, não seria o suficiente para manter adequados níveis sanguíneos (CRUZ; FIGUEIREDO, 2020). Sabe-se que a quantidade diária de vitamina D extraída através da dieta está muito abaixo dos níveis preconizados (Henríquez; Romero, 2020).

A síndrome conhecida como sarcopenia prejudica muito a funcionalidade dos idosos, pois ocasiona a perda gradativa e generalizada de massa e força muscular, gera incapacidades físicas, quedas, fraturas, diminuição da qualidade de vida e elevação do risco de mortalidade. As próprias características fisiológicas inerentes ao envelhecimento, como alterações neurológicas, diminuição de apetite (baixa ingesta proteica, calórica e de vitamina D), reduzidos níveis hormonais, modificações imunológicas e o sedentarismo favorecem a perda de massa magra e da função músculo-esquelética, colaborando para a ocorrência desta síndrome (Brito et al., 2024; LI; Cebola; Mendes, 2020). A vitamina D favorece a função neuromuscular, trazendo vantagens como o equilíbrio postural na população idosa, uma vez que aumenta a síntese de proteínas e ajuda na proliferação e diferenciação das fibras músculo-esqueléticas, preservando a força muscular e o desempenho físico (Li; Cebola; Mendes, 2020).

As quedas são uma das principais causas de hospitalização entre os idosos. Além disso, constituem um marcador de morbidade e mortalidade e resultam em fraturas em torno de 10% dos casos (Valle et al., 2021). Importante salientar que o exercício físico supervisionado por um profissional é considerado um agente de prevenção e tratamento de várias patologias que surgem com o avançar da idade, proporcionando maior

segurança na execução de tarefas cotidianas, melhorando o equilíbrio, controle e mobilidade, além de contribuir para a autonomia, independência e contato social (Pereira; Azevedo, 2023).

6. MEDICAMENTOS QUE INTERFEREM NOS NÍVEIS DE VITAMINA D NO IDOSO

Dentre outros fatores que estão associados à hipovitaminose D no idoso estão: institucionalização, tabagismo, desnutrição, insuficiência renal e hepática, síndrome da má absorção, cirurgia bariátrica e a utilização de determinados fármacos que interferem negativamente no metabolismo da vitamina (Casado et al., 2021).

Medicamentos barbitúricos e alguns anticonvulsivantes indutores do citocromo P450 (ex.: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína e primidona) aceleraram a metabolização de vitamina D3, reduzindo sua atividade no organismo e a eficácia da suplementação, necessitando de doses maiores. Já os antifúngicos imidazólicos impedem a hidroxilação da mesma e também estão relacionados a maiores índices de deficiência de vitamina D (Gutiérrez; Quintana, 2022; Junges et al., 2020).

Os glicocorticoides são a causa mais comum de osteoporose secundária, danificando principalmente o osso trabecular. Eles aumentam o catabolismo sobre o músculo e sobre a vitamina D, prejudicando a mineralização óssea. Possuem elevado potencial de aumentar a reabsorção óssea e inibir a maturação dos osteoblastos causando perda da densidade óssea. As desordens musculares estimuladas por esses medicamentos resultam em fraqueza muscular, ocasionando quedas e consequentemente fraturas. Além disso, favorecem a obesidade com sequestro e redução da vitamina D, ou seja, com acúmulo no tecido adiposo e diminuição sérica da mesma. Porém, estudos apontam que estes fármacos têm ação direta sobre as células ósseas, sendo considerado o principal mecanismo na gênese da osteoporose resultante. Esses riscos estão associados ao tempo de tratamento, assim como as dosagens utilizadas. Como farmacoterapia para a osteoporose induzida por glicocorticoide é indicado o uso de bifosfonatos como primeira escolha, além do uso de cálcio na quantidade correta e o controle sanguíneo da vitamina D para verificar se está dentro dos valores preconizados (Canuto et al., 2023; Sarinho; Melo, 2017).

Os antirretrovirais podem colaborar para a deficiência de vitamina D, pois possuem ação nos processos essenciais do turnover ósseo: metabolismo da vitamina D, homeostase do fosfato e a função renal, atrapalhando o processo de remodelação óssea, causando diminuição da densidade mineral do osso e consequente risco de surgimento de osteopenia e osteoporose (Monção; Gonçalves; De Brito, 2021). Conforme descrito em estudos, o uso de efavirenz acelera o metabolismo da vitamina D, diminuindo seus níveis sanguíneos. Já o tratamento com tenofovir está ligado à desmineralização óssea. Entretanto, alguns pesquisadores também propõem que a própria infecção pelo vírus HIV aumenta as chances de queda na concentração sérica da vitamina D e consequente risco para diminuição da densidade óssea (Rodríguez-Ulloa, 2022).

7. TRATAMENTO DE HIPOVITAMINOSE D EM PACIENTES GERIÁTRICOS

A hipovitaminose D é uma condição caracterizada por níveis insuficientes de vitamina D no organismo. Para tratar essa deficiência, existem diversos produtos farmacêuticos disponíveis para uso por via oral, em forma de comprimidos, cápsulas gelatinosas ou gotas. O colecalciferol ou vitamina D3, encontrado em fontes animais, é o mais frequentemente prescrito para ser administrado. Apresenta posologia mais flexível, proporciona aumentos mais efetivos, além de ser o mais acessível e encontrado no mercado. O ergocalciferol (Vitamina D2) é outra forma de vitamina D, obtida por fontes vegetais, porém menos utilizado. Na Europa, seu uso terapêutico é praticamente inexistente (Henríquez; Romero, 2020; Maeda *et al*., 2014).

Tanto colecalciferol quanto ergocalciferol são equivalentes no que diz respeito à suplementação diária. No entanto, tratando-se de manutenção dos níveis no sangue, a vitamina D3 mostra-se mais eficaz em relação à suplementação em dose única (Henríquez; Romero, 2020; Maeda *et al*., 2014). Ambos apresentam estruturas químicas muito parecidas, distinguindo-se apenas na cadeia lateral, no carbono 17, onde o ergocalciferol possui uma ligação dupla a mais e um grupo metil integrado na cadeia lateral (Câmara et al., 2021; Román-Hidalgo et al., 2021).

O calcitriol é a forma ativa da vitamina D, apresentando uma biodisponibilidade em torno de 70%. É utilizado em casos mais graves de hipovitaminose D, como em pacientes com problemas de absorção intestinal, insuficiência renal crônica, nos raquitismos dependentes de vitamina D tipo 1 e 2 e raquitismo hipofosfatêmico. Seu uso requer um acompanhamento mais rígido referente aos níveis de cálcio, tanto na urina quanto no sangue, taxa de fosfato sérico e calcificações vasculares. Ele é o produto final das duas hidroxilações da vitamina D, e sua atividade endócrina resulta da produção renal mediada pela enzima 1α-hidroxilase. Essa enzima foi encontrada em diversos tecidos, o que aponta para uma produção local de calcitriol na presença do substrato necessário (Maeda *et al*., 2014; (Takahashi et al., 2021).

O paricalcitol é o análogo ativo da vitamina D mais seletivo, causando menores efeitos adversos. É destinado para a prevenção e tratamento do hiperparatireoidismo secundário, associado à insuficiência crônica dos rins. O hiperparatireoidismo secundário é caracterizado por um aumento do hormônio produzido pelas paratireoides – o paratormônio - associado a níveis inadequados de vitamina D. O paricalcitol é uma substância semelhante à vitamina D, atenuando a perda óssea na insuficiência renal crônica, pois demonstra reduzir os níveis do hormônio paratireoidiano através da inibição da formação e secreção deste hormônio (Maeda et al., 2014).

O tratamento da deficiência de vitamina D deve ter como meta equilibrar as taxas sanguíneas da mesma, de maneira constante e regular, a um intervalo sérico entre 30 e 50 ng/mL. Assim, otimizando as vantagens para a saúde dos idosos em relação a esse nutriente, ainda mais tratando-se do público em questão que já pode apresentar outras comorbidades, muitas vezes inerentes à idade (Henríquez; Romero, 2020).

Sabe-se que idosos obesos, sedentários, com osteoporose, de pele escura (melanina é um obstáculo para a radiação solar) ou que fazem uso de barreiras químicas e físicas como filtros solares, roupas compridas, chapéus, assim como aqueles com pequena exposição ao sol, detêm maiores chances de apresentar dosagem de vitamina D inferior a 20 ng/mL, considerada deficiente (Alves et al., 2021; Henríquez; Romero, 2020; Oliveira et al., 2024; Rolizola et al., 2022). Um intervalo sanguíneo entre 21 e 29 ng/mL de vitamina D enquadra-se como insuficiência do hormônio. Enquanto que valores que vão de 30 a 100

ng/mL são apontados como normais (Cabral, 2015). Desta forma, orienta-se acompanhar os níveis sanguíneos de 25-hidroxivitamina D (25-OHD) para aqueles indivíduos com elevado risco, a fim de atingir valores adequados.

O esquema de ataque para o tratamento da deficiência de vitamina D é de 50.000 UI de colecalciferol/semana, pelo período de seis a oito semanas, seguido de valores entre 1.000 a 2.000 UI/dia ou 7.000 a 14.000 UI/semana (dose de manutenção) para os pacientes idosos (Maeda et al., 2014). Pesquisas apontaram que em pacientes com dosagens de vitamina D menores que 30 ng/mL é possível uma suplementação com dose de 100.000 UI de colecalciferol a cada 3 meses, mostrando-se eficiente para a manutenção adequada dos níveis da vitamina no sangue (Pereira et al., 2020).

A dosagem sanguínea deve ser realizada de três a quatro meses após o início da suplementação, para o controle das taxas e a verificação da necessidade de ajuste de doses (Alves et al., 2021; Oliveira et al., 2024; Cabral, 2015). É necessário ressaltar que níveis acima de 100 ng/mL apresentam risco de toxicidade e hipercalcemia, o que pode ocasionar sintomas como fraqueza, confusão mental, diarreia, vômitos e aumento do volume urinário (Câmara et al., 2021; Bronzeado; Tavares, 2019).

O elevado consumo de alimentos naturais ricos em vitamina D e a exposição em excesso ao sol não irão acarretar em intoxicação pela vitamina. Tal acidente pode ocorrer devido ao uso de suplementos e alimentos fortificados com adição da vitamina acima do valor permitido ou fórmulas incorretas de medicamentos com excesso da mesma (Cruz; Figueiredo, 2020).

O Quadro 1 apresenta alguns produtos farmacêuticos disponíveis no Brasil para o tratamento de condições associadas à deficiência de vitamina D.

Quadro 1: Produtos Farmacêuticos usados no tratamento de quadros associados a deficiência de vitamina D

Forma Farmacêutica	Dosagem	Posologia	Marca/Laboratório Produtor
Colecalciferol Oral			
Cápsula gelatinosa mole	1000 UI	01 a 02/dia	Althaia®; Biolab®; Dvitta®; Ohde®; Sof D®
	2.000 UI	01/dia	Althaia®; Biolab®; Mildê®; Sof D®
	3.000 UI	01/dia	Doss®
	4.000 UI	02/semana Posologia ataque: 01/dia 8 a 12 semanas	Addera D3®; Mildê®
	5.000 UI	02/semana Posologia ataque: 01/dia 8 a 12 semanas	Althaia®; Dvitta®; Mildê®; Sof D®
	7.000 UI	01/semana Posologia ataque: 01/dia 8 a 12 semanas	AltaD Caps®; Althaia®; Biolab®; Doss®; Dvitta®; Koli D3®; Sof D®; Mildê®; Ohde®
	10.000 UI	01/semana	Althaia®; Koli D3®; Mildê®
	14.000 UI	01/semana	Addera D3®; Koli D3®
	15.000 UI	01/semana - 6 a 8 semanas	AltaD Caps®; Biolab®; Doss®; Mildê®; Ohde®
	30.000 UI	01/semana	Addera D3®; Mildê®
	50.000 UI	01/semana 8 a 12 semanas	AltaD Caps®; Althaia®; Biolab®; Doss®; Dvitta®; Koli D3®; Sof D®; Ohde®
	60.000 UI	01/semana 8 a 12 semanas	Addera D3®; Mildê®

Quadro 1: Produtos Farmacêuticos usados no tratamento de quadros associados a deficiência de vitamina D. (continuação)

Forma Farmacêutica	Dosagem	Posologia	Marca/Laboratório Produtor
Colecalciferol Oral			
Comprimidos revestidos	1.000 UI	01 a 02/dia	Altad®; DPrev®; Dropy D®; Koli D3®; SanyD®
	2.000 UI	01/dia	Altad®; DPrev®; SanyD®
	4.000 UI	01/dia	Altad®
	5.000 UI	02/semana Posologia ataque: 01/dia 8 a 12 semanas	Altad®; DPrev®; FontD®; SanyD®; Inpruv®
	7.000 UI	01/semana Posologia ataque: 01/dia 8 a 12 semanas	Altad®; Cimed®; Delumi®; D.Nova D3®; DPrev®; Dropy D®; FontD®; Inpruv®; Koli D3®; Maisol®; SanyD®
	10.000 UI	01/semana	Altad®; DPrev®; FontD®; Inpruv®; SanyD®
	14.000 UI	01/semana	Altad®
	50.000 UI	01/semana - 6 a 8 semanas	Altad®; Delumi®; D.Nova D3®; DPrev®; Cimed®; Dropy D®; FontD®; Koli D3®; Maisol®; SanyD®
	100.000 UI	01 comprimido a cada 4 meses	Altad®; DPrev®;
Gotas	400 UI/mL	01 gota (400 UI)/dia	DPrev® Todo dia
	600 UI/mL	01 gota (600 UI)/dia	DPrev® Todo dia
	1.000 UI/mL	01 gota (1.000 UI)/dia	DPrev® Todo dia
	3.300 UI/mL	400 UI (3 gotas/dia) 800 UI (6 gotas/dia) 1.000 UI (8 gotas/dia)	Delumi®; Maisol®
	10.000 UI/mL	1.000 UI (2 gotas/dia)	Dropy D®
		1.500 UI (3 gotas/dia)	
		2.500 UI (6 gotas/dia)	
		3.000 UI (7 gotas/dia)	
		4.000 UI (10 gotas/dia)	
	14.000 UI/mL	01 gota (500 UI)/dia	DePURA®
	15.000 UI/mL	01 gota (500 UI)/dia	DPrev®
Calcitriol Oral			
Cápsula gelatinosa mole	0,25 mcg	Dose recomendada: 0,25 mcg/2 x dia	Ostriol®; Rocaltrol®; Sigmatriol®
		Osteodistrofia renal (pacientes em diálise): 0,25 mcg a cada 2 dias	
		Hipoparatireoidismo e raquitismo: 0,25 mcg/dia	
Paricalcitol Intravenoso			
Solução injetável	5 mcg/mL	Dose inicial de 0,04 mcg/kg a 0,1 mcg/kg. Posologia individualizada de acordo com a redução dos níveis de paratormônio.	Accord®; Zemplar®

Fonte: Bulário Anvisa, 2024.

REFERÊNCIAS

[1] ALVES, A.M.P. et al. Implicações da insuficiência/deficiência da vitamina D nas doenças autoimunes: uma revisão bibliográfica. **Revista Uningá**, v. 58, 2021. DOI: https://doi.org/10.46311/2318-0579.58.eUJ3437.

[2] AUGUSTO, G. et al. Suplementação de vitaminas antioxidantes em pacientes geriátricos: uma revisão narrativa. **Ciências da Saúde: desafios, perspectivas e possibilidades,** v. 4, p. 265-273, 2022.

DOI: https://doi.org/10.37885/220308059.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

[4] BRITO, C.C.G. et al. The impact of sarcopenia on the institutionalized elderly person in the elderly home in the city of Manhuaçu - MG. **Brazilian Journal of Health Review,** v. 7, n. 1, p. 7484-7497, 2024. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-610.

[5] BRONZEADO, R.P.F.; TAVARES, R.L. Insuficiência de vitamina D no desenvolvimento da obesidade. **Revista Diálogos em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 117-133, 2019.

[6] CABRAL, M.A. Deficiência de vitamina D em idosos. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; KITNER, D.; JALUUL, O.; organizadores. PROGER - Programa de Atualização em Geriatria e Gerontologia: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015, p. 11-30.

[7] CÂMARA, J.L. et al. Vitamina D: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Health Review,** v. 4, n. 2, p. 5904-5920, 2021. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-152.

[8] CANUTO, B.J.F. et al. Osteoporose induzida pelo uso de glicocorticóides em mulheres na menopausa: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Health Review,** v. 6, n.6, p. 29987-29993, 2023. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-262.

[9] CASADO, E. et al. Recomendaciones de la SEIOMM en la prevención y tratamiento del déficit de vitamina D. **Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral**, v. 13, n.2, p. 84-97, 2021. DOI: https://doi.org/10.4321/S1889-836X2021000200007.

[10] CRUZ, V.M.S.; FIGUEIREDO, E.F.G. A importância da vitamina D para saúde dos idosos. **Brazilian Journal of Health Review,** v. 3, n. 6, p. 18476-18487, 2020. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-241.

[11] DINIZ, R.B.; FARIAS, T.B.C.; SOUSA, M.N.A. Use of vitamin D to decrease cardiovascular risk in patients with type II diabetes mellitus: A Systematic Review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16862.

[12] DZOLJIC, E. et al. Vitamin D Serum Levels and Vitamin D Receptor Genotype in Patients with Parkinson's Disease. **Neuroscience**, v. 533, p. 53-62, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2023.10.004.

[13] FELTRIN, A.Z. et al. Níveis séricos de vitamina D em pacientes geriátricos. **Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 254-259, 2019.

[14] FERLON, P.; SANTOS, E.V.L. Uso do paratormônio no tratamento da osteoporose: revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 55817-55826, 2021.

[15] FRANCISCO, S.J. et al. Funcionalidade e níveis de 25-hidroxivitamina D em idosos institucionalizados. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, 2023. DOI: https://doi.org/10.53886/gga.e2300022_PT.

[16] GALYEAN, S. et al. Improving vitamin D status in bariatric surgery subjects with monthly high-dose ergocalciferol. **International Journal for Vitamin and Nutrition Research,** v. 92, n. 2, 2021. DOI: https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000728.

[17] GONÇALVES, M.H.; COELHO, J.F.; SOUSA, G.C. Estudo sobre quedas na população geriátrica, da prevenção a morbimortalidade: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 24, 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/reac.e7253.2021.

[18] GUTIÉRREZ, L.A.; QUINTANA, V.O. La vitamina D: revisión de las recomendaciones para un uso eficaz y seguro. **Revista Formación En Medicina De Familia**, n. 1, p. 27-33, 2022.

[19] HENRÍQUEZ, M.S.; ROMERO, M.J.G.T. Cholecalciferol or Calcifediol in the Management of Vitamin D Deficiency. **Nutrients**, v. 12, n. 6, 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/nu12061617.

[20] HU, Z. et al. Effects of long-term vitamin D supplementation on metabolic profile in middle-aged and elderly patients with type 2 diabetes. **Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology**, v. 225, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2022.106198.

[21] JUNGES, C. et al. Deficiência de vitamina D em pacientes pediátricos que fazem uso de fármacos antiepilépticos – revisão sistemática com metanálise. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 5, p. 559-568, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.01.004.

[22] LI, C.; CEBOLA, M.; MENDES, L. Evidência da suplementação com proteína do soro do leite enriquecido em leucina e da vitamina D nos idosos com sarcopenia - Revisão Sistemática. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 23, p. 64 - 68, 2020. DOI: https://doi.org/10.21011/apn.2020.2313.

[23] MAEDA, S.S. et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D, **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 58, n. 5, p. 411-433, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0004-2730000003388.

[24] MAIA, L.C. et al. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem sucedido. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 35, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735.

[25] MONÇÃO, M.S.; GONÇALVES, J.L.; DE BRITO, P.D. Efeitos da suplementação de vitamina D em adultos com HIV – revisão da literatura. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, v. 12, n. 4, p. 201-212, 2022. DOI: https://doi.org/10.47320/rasbran.2021.1491.

[26] OLIVEIRA, T.M. et al. Intervenções nutricionais para a população geriátrica: estratégias de combate à mal nutrição. **Brazilian Journal of Health Review,** v. 7, n. 1, p. 6576-6587, 2024. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-531.

[27] PEREIRA, C.C.; AZEVEDO, M. The circuit as a group activity for the prevention of falls in healthy elderly people. **Brazilian Journal of Health Review,** v. 6, n. 1, p. 1106-1115, 2023. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-085.

[28] PEREIRA, T.S. et al. Avaliação da reposição semanal de vitamina D em adultos e idosos não-obesos. **Acervo Científico**, v. 12, set. 2020. DOI: https://doi.org/10.25248/reac.e4989.2020.

[29] RODRÍGUEZ-ULLOA, S.L. Densidad mineral ósea baja en varones jóvenes con infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. **Revista de Investigación Científica REBIOL**, v. 42, n. 2, p. 77-84, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.17268/rebiol.2022.42.02.02.

[30] ROLIZOLA, P.M.D. et al. Insuficiência de vitamina D e fatores associados: um estudo com idosos assistidos por serviços de atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 653-663, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.37532020.

[31] ROMÁN-HIDALGO, C. et al. Selective, rapid and simultaneous determination of ergosterol and ergocalciferol in mushrooms by UPLC-Q-TOF-MS. **Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis**, v. 194, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpba.2020.113748.

[32] SANTOS, C.S.; BESSA, T.A.; XAVIER, A.J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018.

[33] SARINHO, E.S.C.; MELO, V.M.P.P. Doença óssea induzida pelos glicocorticoides: mecanismos e importância na prática pediátrica. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 2, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462;2017/;35;2;00007.

[34] SILVA, B.B.M et al. Associação entre hipovitaminose D e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, 2020. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2679.

[35] SILVA, C.A. et al. Inter-relação entre a deficiência de vitamina D e depressão: uma revisão de literatura. **Acervo Científico**, v. 24, 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/reac.e7094.2021.

[36] SILVA, K.S.; BATALHA, I.C.G.S. Relevância da suplementação de vitamina D na prevenção da osteoporose em idosos. **Brasília Médica**, v. 58, p. 1-7, 2021. DOI: https://doi.org/10.5935/2236-5117.2021v58a27.

[37] TAKAHASHI, V.T. et al. Tratamento complementar da esclerose múltipla com vitamina D. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 41066-41086, 2021. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-527.

[38] TAVARES, M.O.A. et al. Renal function decline and impact on vitamin D levels, parathyroid hormone and control of calcemia and phosphataemia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37394.

[39] VALLE, C.A.R. et al. Influência da hipovitaminose D na ocorrência das fraturas. **Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, v. 56, n. 6, p. 784-789, 2021. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0041-1729585.

Capítulo 10

Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem

Taciana Glória de Albuquerque
Mirelia Rodrigues de Araújo

Resumo: **Introdução**: O profissional de enfermagem exerce um importante papel na área da saúde, pois estão sempre na busca da prevenção e executando ações visando promover cada vez a saúde, desde os mais altos níveis de assistência, como também na realização dos cuidados de alta complexidade. **Objetivo**: descrever sobre o impacto da anamnese o exame físico no cuidado prestado pelo enfermeiro. **Metodologia**: para a realização do estudo, buscou-se amparo nos trabalhos já publicados acerca do tema, a partir da literatura realizada nas bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde, pertinente ao tema proposto. **Resultados**: a seleção dos artigos resultou em seis publicação para a revisão. Os temas diversos evidenciaram prevenção e ações que visam cuidado no desempenho do profissional de enfermangem. **Conclusão**: entende-se que o tema é grande relevância e que necessita atenção dos profissionais de saúde, assim como há necessidade de capacitações para aplicação da classificação de risco nos serviços.

Palavras-chave: processo de enfermagem, anamnese, exame físico.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado humano tem sido um tema presente nas discussões sobre o processo de trabalho em saúde e, mais particularmente, da Enfermagem. Sabe-se que muitas profissões estão pautadas no cuidado, porém a Enfermagem tem sido mais frequentemente associada a esta temática desde o seu surgimento na sociedade (Souza; Santos; Monteiro,2013).

Segundo o Conselho Nacional de Educação (BR), em sua a Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, a formação do enfermeiro requer atenção no que tange à relação dos conteúdos teóricos com a prática assistencial, atendendo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) quanto à formação e um perfil desejado para os futuros profissionais, constituído de competências e habilidades cognitivas (saber), operacionais (saber fazer), de ética e comprometimento (saber ser).

Sendo assim, o profissional de enfermagem exerce um importante papel na área da saúde, pois estão sempre na busca da prevenção e executando ações visando promover cada vez a saúde, desde os mais altos níveis de assistência, como também na realização dos cuidados de alta complexidade.

Na área da saúde, existe uma preocupação crescente dos diversos profissionais em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos, estimulando assim seu desenvolvimento e aumentando suas responsabilidades, de forma que o nível de assistência prestada ao cliente, família e comunidade seja qualificado (Santos *apud* Santos *et al* 2018).

Ao aplicar as novas tecnologias em saúde, a Enfermagem passou a executar, na maioria das vezes, ações e procedimentos que vêm trazendo prejuízos à relação de cuidado e, desta forma, distanciou-se do paciente, através de prática de ações automáticas, sem análise crítica das mesmas (Pires *apud* Souza; Santos; Monteiro,2013).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no Brasil, é definida como método que organiza o trabalho profissional tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Este é entendido como uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções. O PE possibilita o registro de dados e tem como propósito, para o cuidado, oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas da pessoa (indivíduo, família, grupos, comunidades), possam ser satisfeitas (Barros *et al,* 2015).

A SAE tem suas origens no processo de Enfermagem e a legislação brasileira ratifica isso através da Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86, que em seu artigo 8º, dispõe que ao enfermeiro incumbe (...) a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (...), ou seja, cabe a nós, enfermeiros, sistematizar, individualizar, administrar e assumir o papel de prestador do cuidado de enfermagem junto à equipe (Santos; Veiga; Andrade, 2011).

Na área da saúde, existe uma preocupação crescente dos diversos profissionais em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos, estimulando assim seu desenvolvimento e aumentando suas responsabilidades, de forma que o nível de assistência prestada ao cliente, família e comunidade seja qualificado (Santos *apud* Santos *et al*, 2018). O processo de enfermagem tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional da enfermagem, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à

realização do cuidado e para documentar a prática profissional (Silva *apud* Santos *et al*, 2018).

Diante do exposto, a presente pesquisa objetivou descrever sobre o impacto da anamnese o exame físico no cuidado prestado pelo enfermeiro.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão secular que desde os seus primórdios, teve sua formação voltada para o modelo de assistência centrado na execução de tarefas e procedimentos rápidos sob rígida disciplina. Os conhecimentos e atuação destes profissionais eram diretamente relacionados e subordinados aos saberes médicos. Não haviam bases teóricas que norteavam a profissão e, por isto esta categoria desenvolvia as suas atividades de modo, eminentemente, tecnicista. Em 1543, as primeiras Santas-Casas de Misericórdias foram fundadas, e, nesta época, a Enfermagem aí desempenhada, tinha cunho essencialmente prático. Em 1979, tem-se a criação do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem- CEPEN e com isso os currículos passam a ser centrados na assistência curativa e estágios realizados em hospitais. Assim sendo, sabe-se que a formação do profissional enfermeiro enfatizava apenas as condutas práticas em detrimento do conhecimento científico e da correlação entre essa prática e a teoria (Santos; Veiga; Andrade, 2011).

Na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a enfermagem representa mais de 50% da força de trabalho, com uma população de aproximadamente 886.309 profissionais, entre enfermeiros (29,3%), técnicos (50,9%) e auxiliares (19,8%). Sendo assim, os profissionais da enfermagem representam um dos pilares fundamentais para o funcionamento dos sistemas de saúde. Além disso, vêm sendo decisivos no atual contexto da saúde graças às habilidades e competências desenvolvidas pela profissão, utilizadas em favor da necessidade de se considerar no processo de cuidado os determinantes sociais, as iniquidades, o envelhecimento da população, desenvolvimento de condições crônicas, entre outros (Brasil *apud* Busatto, 2024).

No intuito de possibilitar que a atuação de enfermagem tivesse um raciocínio mais crítico e clínico, surge o Processo de Enfermagem (PE) que consiste em um instrumento metodológico empregado para favorecer o cuidado, além de organizar as condições necessárias para a sua ocorrência. Este é composto pelo diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem. O PE contribui para o desenvolvimento de sistemas de classificação considerados instrumentos tecnológicos importantes para o processo de raciocínio e julgamento clínico dos elementos da prática profissional das enfermeiras (Virginio; Nobrega *apud* Santos; Veiga; Andrade, 2011).

> O PE é uma atividade desenvolvida quase que exclusivamente por acadêmicos de enfermagem, que a fazem de forma mecânica, despersonalizada e desarticulada com os profissionais dos serviços, cumprindo tão somente uma tarefa ou atividade do curso, com fins de obter um ritual de avaliação. Tal evento desestimula os enfermeiros na prática, pois passam a desacreditar e refletir o processo como algo trabalhoso, enfadonho e, ainda, sem vislumbrar caminhos para sua implementação nos serviços (Kimura; Fuly *apud* Silva; Valente; Saboia, 2014).

Sendo uma ação privativa dos profissionais de enfermagem, a SAE oferece um grande espaço para a autonomia profissional dessa categoria, facilitando o processo de trabalho do enfermeiro o que também acarreta em uma melhora no PE (Somariva *et al*.,2019 *apud* MArques;Silva, 2022).

Os mesmos autores ainda ressaltam sobre as etapas dessas ações:

> A implementação dessas ações é composta por cinco etapas: Histórico de Enfermagem: constituído por entrevista e exame físico, que investigará a situação de saúde do cliente identificando os problemas e necessidades de intervenções. Já o exame físico consiste na inspeção, palpação, percussão e ausculta, que necessita de conhecimento teórico e habilidades técnicas apropriadas para sua realização; Diagnóstico de Enfermagem: análise dos dados coletados e identificação de problemas de saúde presentes ou em potencial; Planejamento de Enfermagem: intervenções necessárias prevenir, resolver ou controlar as alterações encontradas durante o histórico; Implementação: realização das intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem; e Avaliação de Enfermagem: verificação de mudanças nas respostas do paciente, família para determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e verificação da necessidade de mudanças ou adaptações em alguma das etapas do Processo de Enfermagem; que precisão ser realizadas de maneira ordenada e deliberada em qualquer ambiente público ou privado (somariva *et al*.,2019 *apud* Marques;Silva, 2022).

Durante a anamnese, por meio de métodos e técnicas variadas, o profissional obtém informações sobre a pessoa, família ou coletividade e as respostas em um dado momento do processo saúde-doença, por meio do qual busca conhecer hábitos individuais, a fim de identificar problemas reais ou potenciais. Além disso, esta etapa possibilita o reconhecimento e a avaliação dos aspectos biopsicossociais, espirituais, favorecendo o cuidado individualizado, holístico, humanizado e com embasamento científico (Coelho *et al*., 2017).

A metodologia do PE foi inserida nas escolas de enfermagem brasileiras, nos anos 1970, em São Paulo, a partir das contribuições de Wanda Horta que trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow (1970) e Mahoma (1964). Organizado em três partes, o referido livro reuniu os escritos de Horta publicados anteriormente. Na primeira parte, que trata da Filosofia da Enfermagem, a autora evidencia seu entendimento de que Filosofia é “pensar a realidade”; na segunda parte, ela descreve o Processo de Enfermagem; e, na terceira, apresenta o aplicativo do Processo de Enfermagem. Seus estudos, publicados em textos, artigos e livros que têm como aspecto central o processo de enfermagem e a metodologia da assistência, foram utilizados em muitas Instituições de ensino de Enfermagem. Os escritos de Horta oportunizaram o desenvolvimento da enfermagem e a difusão das Teorias de Enfermagem (Boaventura *apud* Santos; Veiga; Andrade, 2011).

É notório que as etapas existentes no processo de enfermagem divergem entre autores; contudo, é possível identificar semelhança na estrutura sequencial entre elas, como a coleta de dados, a análise, o julgamento clínico, o planejamento da ação, a intervenção e a avaliação dos resultados (Souza, 2011).

2.2. ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Os registros em prontuário estabelecem a comunicação escrita de informações pertinentes às condições de saúde-doença do cliente e dos cuidados que são necessários ao mesmo, com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a detecção de novos problemas, para a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilita a comparação das respostas do cliente aos cuidados prestados (Cianciarullo *et al apud* Costa, 2010).

A palavra anamnese tem sua procedência etimológica no grego, sendo formada pelo prefixo "ana", que tem quatro possíveis significados: movimento de baixo para cima, ou aumento, intensidade, ainda separação, afastamento e por fim semelhança. Em anamnese, o prefixo é seguido do elemento de composição "mnemo" que significa memória (Pozzobon *apud* Oliveira, 2021).

A anamnese é definida como a primeira fase de um processo, na qual a coleta destes dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência. Alguns autores apresentam quatro tipos de dados coletados nessa primeira fase do Processo de Enfermagem que são: dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Estes podem ser obtidos, utilizando-se: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas, a revisão de prontuário e a colaboração de outros profissionais (Cunha *apud* Santos; Veiga; Andrade, 2011).

Uma boa avaliação é essencial para ajudar o enfermeiro na tomada de decisões, prever e avaliar consequências, aumentando a probabilidade de descobrir e solucionar problemas. A fase inicial de histórico é fundamental para o desenvolvimento das etapas posteriores do processo de enfermagem. A anamnese e o exame físico deve ser direcionado com base nos relatos do paciente, elaborando uma descrição com dados claros das condições de saúde do mesmo (Santos *et a*l., 2018).

Sendo a anamnese tão imprescindível à atuação médica, não se pode esperar que o aprendizado deste diálogo específico ocorra de forma espontânea ou fortuita, ao acaso, e fundamentado apenas nos talentos inatos do (futuro) médico. Há que se ensinar princípios técnicos e científicos que o conduzam de forma a se obter seu maior potencial (Bird *apud* Oliveira, 2021). E o ensino exitoso em ambulatórios depende de "um equilíbrio entre a estrutura conceitual do professor, a prática autossuficiente dos estudantes, e reflexão e diálogo enriquecedores entre eles" (Hundertmark; Apondo; Schultz *apud* Oliveira, 2021).

Um outro fator relevante na formatação da anamnese é o fato de o paciente já ter sido atendido pelo profissional que realiza o atendimento atual, por sua equipe ou pelo menos na unidade em que ocorre o atendimento. Se qualquer um dos citados for o caso, o paciente já possui registro em seu prontuário, o que torna alguns dados já conhecidos da equipe e disponíveis para leitura (Oliveira, 2021).

Deste modo, o uso de registros pelos enfermeiros possibilita a mensuração da qualidade da assistência prestada, assim como obtém subsídios para propor mudanças que sejam

centradas no cuidado individualizado, integral e resolutivo. Nessa perspectiva, reforça-se que os registros realizados pelos enfermeiros é o instrumento que comprova a qualidade do cuidado, mediante o fato de que 50% das informações inerentes ao cuidado são fornecidas pela enfermagem, tornando-se, assim, indiscutível a importância dos registros sobre o processo saúde-doença do cliente em hospitalização (LUZ *et al apud* Costa, 2010).

> O Exame Físico, etapa relevante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, busca avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Este exame deve ser realizado de maneira sistematizada, no sentido céfalo-caudal, através de uma avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Para isto o enfermeiro necessita de recursos materiais, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, diapasão, martelo de reflexo, espéculo de Collin, lanternas, otoscópios, luvas de procedimento estéril e não estéril, dentre outros. Além destes instrumentos básicos para a realização do exame físico, o enfermeiro deve utilizar os órgãos do sentido: visão, audição, tato e olfato para subsidiar o seu plano de cuidar/ cuidado (Santos; Veiga; Andrade, 2011).

De acordo com Silva; Sabóia; Teixeira *apud* Silva; Valente; Saboia (2014) é realizado pelo enfermeiro e "tem o intuito de evidenciar informações úteis ao delineamento dos problemas de enfermagem e, por conseguinte, direcionar a assistência prestada ao cliente.

Kimura apud *apud* Silva; Valente; Saboia (2014) ressalta:

> "Deve se constituir no primeiro passo de uma assistência sistematizada. Seu aprimoramento se torna cada vez mais necessário no conteúdo de ensino a ser ministrado nos diferentes níveis de formação, sobretudo na graduação, a fim de que sejam desenvolvidas as habilidades para a sua execução, num nível compatível com a segurança dos clientes".

Potter; Perry *apud*, Silva (2022) ainda complementa "O exame físico, por sua vez, busca interpretar sinais e sintomas, observando pontos relevantes e anormalidades, mediante técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta".

A participação do enfermeiro na atenção primaria é de grande importância, pois essa pratica mostra que o mesmo exerce diversas atribuições em suas atividades destacando-se principalmente: gerencia, assistência e práticas clinicas com as consultas de enfermagem, o que possibilita uma relação mais próxima entre o profissional e o paciente, repercutindo diretamente no cuidado prestado ao indivíduo e a comunidade (Santos *et al*., 2021 *apud* Marques; Silva, 2022).

É importante ler informações prévias registradas no prontuário de forma a suavizar o atendimento e reduzir o número de informações essenciais de serem buscadas junto ao paciente. É relevante que, em caso de informações colhidas há muito tempo, que elas sejam confirmadas na atualidade e que alguma informação que parecer carente de detalhes seja incrementada. Em uma consulta de retorno (Oliveira, 2021).

A anamnese o exame físico, etapas deste processo, representam um instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite ao enfermeiro realizar o diagnóstico

e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente (Santos *apud* Santos *et al*, 2018).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura acerca do impacto da anamnese o exame físico no cuidado prestado pelo enfermeiro. “Esse método possui o intuito de reunir e resumir resultados de pesquisas sobre uma determinada questão, de forma sistemática e ordenada, colaborando para o aprofundamento do conhecimento do conteúdo examinado” (Mendes; Silveira; Galvão, 2018).

Na segunda etapa metodológica, a busca dos dados dos estudos foram coletados nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no portal de revistas Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) referentes ao período de 2010 a 2024. em busca de literaturas que ofertasse informações a respeito da Avaliação Diagnóstica de Enfermagem. Como também, foram utilizados cadernos do Ministério da Saúde. Na buscados artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “processo de enfermagem”. “anamnese”. “exame físico”.

A presente pesquisa foi desenvolvida em cinco momentos: 1 - identificação do problema a ser solucionar; 2 - elaboração dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; 3 - avaliação das publicações selecionadas; 4 - leitura e interpretação dos estudos; 5 - organização, discussão e síntese completa das publicações. A metodologia aplicada para seleção dos estudos foram a leitura do título e do resumo, sempre que necessário a leitura completa das publicações em seleção.

A busca identificou 489 estudos, sendo excluídos 63 artigos por duplicidade e 401 artigos por não estar relacionado à temática. Posteriormente, realizou-se a leitura na íntegrados artigos e aplicação dos critérios de seleção, nos quais foram excluídas 25 publicações, resultando na composição de seis estudos primários na síntese final.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na presente revisão integrativa, seis artigos atenderam rigorosamente à seleçãoda amostra previamente estabelecida. A tabela 1 abaixo apresenta os artigosselecionados em ordem cronológica de publicação. Tabela 1 – Artigos científicos selecionados nas bases de dados LILACS, SCIELO e BVS, segundo os título, autores, periódico, ano, delineamento, resultados e síntese da conclusões.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados

Título	Autores	Ano/ País/ Base de dados/ Amostra	Delineamento do estudo / Nível de evidência / Instrumentos	Resultados	Conclusões
Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro	Santos, Neuma; Veiga, Patrícia; Andrade, Renata	2011 Brasil/ LILACS/ SciELO	Descritivo	A anamnese oferece um quadro completo da história da doença atual e patológica pregressa da pessoa.	Atuando como mediador entre cliente, equipe multiprofissional, família e comunidade, o enfermeiro e a equipe de enfermagem auxiliam na resolutividade e enfrentamento dos problemas de saúde por eles diagnosticados.
O Exame Físico e o Processo de Enfermagem	Silva CMC, Valente GSC, Saboia VM et al.	2014 Brasil/ LILACS/ SciELO	Descritivo	Destaque do aspecto encadeado e organizacional do Processo de Enfermagem, relacionando o exame físico a uma assistência direcionada	O ensino do exame físico e do processo de enfermagem não são considerados, pelos estudantes, como simples formalidade acadêmica com fins avaliativos, nem como processo de submissão da clientela.
Atenção à saúde da mulher na atenção primária: percepções sobre as práticas de enfermagem.	BUSATTO LS, ARDISSON MD, PRADO TN, ROHR RV, SILVA FM, LAZARINI WS	2024 Brasil/ LILACS/ SciELO BVS	Descritivo	O check list do exame físico favorece a qualidade da técnica de exame físico, sendo útil para uma correta avaliação e levantamento dos diagnósticos e prescrições de enfermagem.	Identificou-se que as práticas de enfermagem voltadas à saúde da mulher na APS ocupam um espaço de destaque na rotina dos profissionais.
Avaliação dos Registros de Enfermagem quanto ao Exame Físico	COSTA SP, PAZ AA, SOUZA EM.	2010 Brasil/ LILACS/ SciELO	Descritivo	Evidenciou-se um déficit nos registros acerca do exame físico, o que pode dificultar a assistência individualizada com enfoque nas reais necessidades do cliente. .	Constatou-se que os registros realizados pelos enfermeiros, mais frequentes e com melhor qualidade acerca do exame físico, foram os da UTI, enquanto na UIC eram mais frequentes os registros de intercorrências clínicas ocorridas durante o plantão.
O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino	SOUZA MFG. SANTOS, Ana Dulce. MONTEIRO, Akemi Iwata.	2011 Brasil/ LILACS/ SciELO	Descritivo	As rotinas de trabalho evidenciam as atividades técnicas. As expectativas com a implementação do processo de enfermagem envolvem a melhoria da qualidade da assistência.	O estudo reforça a importância de incluir os membros da equipe de enfermagem, na implementação das etapas do processo de enfermagem e aponta o desafio de enfrentar as rotinas tecnicistas.
Formação de enfermeiros sobre anamnese e exame físico	ADAMY, Edlamar Kátia *et al*	2016 Brasil/ LILACS/ SciELO BVS	Descritivo	os enfermeiros reconhecem na sua formação conteúdos sobre anamnese e exame físico e valorizam o conhecimento científico para avaliar o usuário.	visualiza-se a necessidade de enfatizar o conteúdo durante a formação; proporcionar condições para sua aplicabilidade e fomentar processos de educação permanente.

BDENF - Banco de Dados em Enfermagem; LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Saber reconhecer e identificar um sinal e/ou problema de saúde, e até mesmo fazer um diagnóstico de enfermagem, é essencial para o bom desempenho do processo de trabalho de enfermagem, que desenvolve ações diretamente com os pacientes. Para isso, a realização do exame físico geral, com atenção para a assistência de saúde é um fator importante e determinante para a qualidade desse cuidado oferecido pelo profissional enfermeiro (viana et al., 2016 *apud* Marques;Silva, 2022).

Para efetivação do PE, é essencial ao enfermeiro a elaboração de raciocínio clínico, que deve ocorrer em todas as fases do processo. Para isso, o profissional precisará reconhecer as evidências sobre o que está investigando (conceber a ideia); diferenciar uma situação de outra similar (elaborar o seu juízo); e concluir o pensamento a partir de dois ou mais juízos relacionados, previamente conhecidos (raciocínio). Esse processo possibilita ao enfermeiro tomar decisões por meio da interpretação das respostas humanas, de modo preciso, e avaliar o resultado alcançado pelas intervenções (Lunney *apud* Silva, 2022).

Em muitas instituições de saúde, percebe-se que o PE não é realizado em totalidade, esta dificuldade se justifica pela falta de habilidades teórico-práticas, lacunas no processo de ensino-aprendizagem, esquecimento do suporte teórico, tempo insuficiente para aplicar o PE e dificuldade de aprender a codificação típica da área da saúde apresentada por alguns enfermeiros no decorrer das práticas profissionais (Melo *apud* Silva, 2022).

Diante destas colocações, questiona-se a existência de conhecimento da equipe de Enfermagem a cerca do processo de enfermagem, como se caracteriza a rotina de trabalho em uma instituição que não desenvolve as etapas do processo de enfermagem formalmente e o que esta equipe espera deste método a ser introduzido na prática de Enfermagem (Souza, 2011).

O enfermeiro tem encontrado dificuldades na aplicação da metodologia da assistência de enfermagem como instrumento científico de trabalho. Tais dificuldades estão diretamente relacionadas às precárias condições de trabalho, ao quantitativo insuficiente de funcionários e à formação acadêmica dos profissionais enfermeiros que não está voltada para a valorização da aplicabilidade da SAE e suas respectivas etapas. Ressalta-se que as grades curriculares dos cursos de enfermagem têm contemplado este conteúdo, no entanto a oportunidade de correlacionar da teoria com a prática, no tocante a implementação da SAE, tem sido deficiente no cotidiano do enfermeiro. Outros aspectos relevantes à não aplicabilidade da SAE são o aprendizado tecnicista em detrimento de uma abordagem mais científica e a lógica da priorização do tratamento curativo. Vale ressaltar que é através da anamnese e do exame físico que é possível conhecer melhor os nossos clientes e planejar uma assistência não só curativa, mas também preventiva (Santos, 2011).

Sendo assim, o enfermeiro precisa-se ter conhecimento técnico e cientifico e assistir o paciente com uma visão holística e humanizada, buscando através da anamnese e do exame físico possíveis achados, que possam subsidiar seu diagnóstico e intervenções de enfermagem. No entanto, não se deve limitasse na região que o paciente declara desconforto, faz necessário realiza-se uma completa anamnese e exame físico buscando avaliar o paciente na sua totalidade, proporcionando uma escuta qualificada e uma inter-relação com paciente, a fim de coleta dados imprescindíveis para o seu tratamento (Santos *apud* Santos *et al,* 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da elaboração deste estudo foi possível conhecer o papel do enfermeiro frente papel na área da saúde, na busca da prevenção e ações que visam promover cada vez a saúde, desde os mais altos níveis de assistência, como também na realização dos cuidados de alta complexidade.

As ações gerenciais e auxiliares configuram uma linha sutil do processo de trabalho do enfermeiro, independente de atuarem em cargos de coordenação ou de enfermeiros assistenciais/supervisores. As principais atividades desenvolvidas pelo enfermeiro assistencial e coordenador predominam, respectivamente, ações assistenciais e de ações gerenciais, o que se mostra importante para inteirar a finalidade de cada processo com sucesso.

Durante a elaboração do artigo, entendeu-se que é de extrema importância que os estudantes de enfermagem desenvolvam habilidades e senso crítico, desde o início do seu processo de formação, relacionados ao conhecimento da anamnese e exame físico completo, possibilitando o aprimoramento das técnicas necessárias para a aplicação do PE nas APS durante a graduação e posteriormente no seu ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

[1] ADAMY, Edlamar Kátia. **Formação de enfermeiros sobre anamnese e exame físico**. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31729/bde-31729-580.pdf . Acesso em: 25/04/2024.

[2] BARROS ALBL, et al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo: COREN-SP; 2015.

[3] BUSATTO LS, ARDISSON MD, PRADO TN, ROHR RV, SILVA FM, LAZARINI WS. **Atenção à saúde da mulher na atenção primária:** percepções sobre as práticas de enfermagem. Enferm Foco. 2024;15(Supl 1):e-202403SUPL1. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202403SUPL1/2357-707X-enfoco-15-s01-e-202403SUPL1.pdf . Acesso em: 25/04/2024.

[4] BRASIL. **Resolução de Nº 3 de 20 de junho de 2014**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609#:~:text=Institui%20Diretrizes%20Curriculares%20Nacionais%20do,%C3%A9%20revogada%20por%20nenhuma%20Legisla%C3%A7%C3%A3o . Acesso em: 25/04/2024.

[5] COSTA SP, PAZ AA, SOUZA EN. **Avaliação dos Registros de Enfermagem quanto ao Exame Físico**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ysCbQjRy33VSs3TMdPrsvqF/abstract/?lang=pt . Acesso em: 18/04/2024.

[6] MARQUES, Lucas Guimarães. SILVA, Samuel Glauber Rocha Da. **Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária a saúde realidade e desafios**: uma revisão de literatura. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/fdb386ab-26b4-4558-a532-e5b44a79d613 . Acesso em: 28/04/2024.

[7] MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2018.

[8] OLIVEIRA, JULIANA LARA DE. **O aprendizado da anamnese e sua avaliação no curso de medicina**: uma contribuição ao debate. Belo Horizonte, 2021. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em:https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/43918/3/JulianaLOliveira%20-%20Dissertac%cc%a7a%cc%83o_removed.pdf . Acesso em: 26/04/2024.

[9] SANTOS, Igor Michel Ramos dos. *et al*. **A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica**. GEP NEWS, Maceió, V.2, n.2, p. 157-162, abr./jun. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/62984632249/Downloads/mcalheiros,+5540-19553-1-CE%20(1).pdf. Acesso em: 18/04/2024.

[10] SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata**. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro**, 2011. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): -abr; 64(2): 355-8. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/dgpS47vnDqfq7T7XLdj68RC/?lang=pt . Acesso em: 18/04/2024.

[11] SILVA, Laryssa Sampaio. **Avaliação Clínica por Enfermeiros**: Desenvolvimento de E-Book, 2012. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/81089/R%20-%20D%20-%20LARYSSA%20SAMPAIO%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: 24/04/2024.

[12] SILVA CMC, VALENTE GSC, SABOIA VM. **O Exame Físico e o Processo de Enfermagem**: Para Além Do Dualismo Entre Teoria E Prática. Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(supl. 1):2281-6, jul. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/62984632249/Downloads/wandenf,+Art+12.+4467-37245-2-ED-1+OPT.pdf . Acesso em: 24/04/2024.

[13] SOUZA MFG. SANTOS, Ana Dulce. MONTEIRO, Akemi Iwata. **O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino.** Rev. Brasileira de Enfermagem, 2011. Natal-RN, Brasil. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/Z5GtTXWcjv5jhYmRCmFfthn/?format=pdf&lang=pt . Acesso em: 26/04/2024.

Autores

AUTORES

GLEICA SOYAN BARBOSA ALVES (ORGANIZADORA)

Farmacêutica (UFAM - 2013), mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (UFAM - 2016) professora assistente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Coordenadora do Curso de Engenharia Sanitária do Instituto de Ciências Exatas e Tecnologia (ICET). Tem experiência na área de Microbiologia, Epidemiologia, Biologia Molecular e Controle de Qualidade de Alimentos e Medicamentos.

ELIENE DE OLIVEIRA (ORGANIZADORA)

Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes (2017) e em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE (2011). Especialista em Saúde da Família. Especialista em Educação a Distância. Servidora pública efetiva no cargo de Odontológo na Prefeitura Municipal de Montes Claros/MG. Docente na Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional e Tecnológica da Unimontes. Professora supervisora do Estágio em Saúde da Família do curso de Odontologia da FUNORTE. Possui experiência em Saúde Coletiva/Saúde da Família.

CARINE VIANA

Farmacêutica e bioquímica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, 1997), tem doutorado em Química pela UFSM (2010), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela UFSM (2005). Especialista em Farmacologia clínica com ênfase em prescrição farmacêutica (IBRAS, 2022), especialização em Fitoterapia (2000) e em Homeopatia pela Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo (2002). Atualmente, é professora associada na UFSM desenvolvendo Pesquisa e Extensão Universitária nas áreas de Assistência e Clínica Farmacêutica.

CÁRMEN MARILEI GOMES

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1999), mestrado em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001) e doutorado em Ciências Biológicas (Neurociências) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005). Realizou pós-doutorado no Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina da USP em Ribeirão Preto. É professora nas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) nas disciplinas de Biologia Celular, Histologia e Embriologia, Neuroanatomia, Neurofisiologia, Redação Científica e Trabalho de Conclusão de Curso. Faz parte do Núcleo Docente Estruturante dos Cursos de Psicologia e Fisioterapia da FACCAT.Tem experiência na área de Fisiologia do Estresse, Estresse Neonatal e Neuroeducação atuando principalmente nos seguintes temas: estresse, estresse neonatal, neurociências e educação

EDER PAULUS MORAIS GUERRA

Engenheiro civil pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Especialista em Infraestrutura de Transportes e Rodovias pela Universidade de São Paulo. Mestre em Computação pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Doutorando em Ciências Empresariais pela Universidade de Ciências Empresariais de Bueinos Aires – UCES. Professor Efetivo e atualmente Coordenador do Curso de Engenharia Civil da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral-Ce.

HERIK ZEDNIK

Possui graduação em Pedagogia (UECE/1997), mestrado em Computação aplicada, na área da Informática Educativa (UECE/2008), doutorado em Informática na Educação (UFRGS/2015). Participou do estágio sanduíche na Universidade de Salamanca (USAL/Espanha/2014). Tem experiência na área da Educação, com ênfase em Gestão de Unidades Educativas, Informática Educativa, Educação a Distância e Design Instrucional. Atualmente é professora da Universidade Estadual do Piauí - UESPI, professora da Secretaria da Educação Básica do Estado do Ceará - SEDUC, professora colaboradora do curso de mestrado em Computação Aplicada da Universidade Estadual

AUTORES

do Ceará e professora do curso de Pedagogia do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica (PARFOR).

PATRÍCIA BORTOLUZI

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Franciscana (2008) e Especialização em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2013). Atualmente, é mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

PATRÍCIA DUTRA SAUZEM

Possui graduação em Farmácia Industrial pela Universidade Federal de Santa Maria (2002), mestrado em Ciências Biológicas (Bioquímica Toxicológica) pela Universidade Federal de Santa Maria (2004) e doutorado em Ciências Biológicas (Bioquímica Toxicológica) pela Universidade Federal de Santa Maria (2008). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Pampa e docente da Universidade Federal de Santa Maria. Tem experiência nas áreas de Farmacologia, Cuidado Farmacêutico, Farmácia Hospitalar e Farmácia Comunitária.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson